



Universidade de Aveiro
2006

Secção Autónoma de Ciências Sociais Jurídicas e
Políticas

**Custódio Manuel
Melo de Oliveira**

**PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS FACE AOS
CONTRIBUTOS DA AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO**



**Custódio Manuel
Melo de Oliveira**

PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS FACE AOS CONTRIBUTOS DA AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão Pública, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Manuela Frederico, Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca (orientador) e do Professor Doutor José Manuel Moreira, Professor Catedrático da Secção Autónoma de Ciências Sociais Jurídicas e Políticas da Universidade de Aveiro (co-orientador).

À Isabel.
Ao Paulo.
Ao Pai e à Mãe, por tudo.

o júri

presidente

Professor Doutor José Manuel Lopes da Silva Moreira

Professor Catedrático da Universidade de Aveiro (co-orientador).

Professora Doutora Teresa Carla Trigo Oliveira

Professora Auxiliar da Faculdade da Faculdade de economia da Universidade de Coimbra.

Professora Doutora Maria Manuela Frederico Ferreira

Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca (orientador)

agradecimentos

A presente investigação é sobretudo um trabalho pessoal, mas sem a colaboração de todos os que nos acompanharam seria impossível a sua realização, desde já o nosso muito obrigado.

De seguida, é justo destacar os orientadores científicos desta investigação. Em primeiro lugar, a Professora Doutora Manuela Frederico à qual estamos especialmente gratos pela oportunidade da sua orientação, pela contribuição das suas sugestões e pela exigência de ponderação. Não podemos também deixar de realçar todo o acompanhamento, relação de ajuda e parceria que connosco estabeleceu e que consideramos de inestimável valor. Também ao Professor Doutor José Manuel Moreira pela justeza e complementaridade das suas sugestões.

Queremos agradecer também à direcção do Centro de Saúde de Oliveira do Bairro, por aquilo que fez em prol da consecução do trabalho.

Um agradecimento especial para o nosso amigo e referência profissional, o Enf. Sup. Horácio da Cunha, pela sua modéstia, sensibilidade e sabedoria.

Às direcções das instituições de saúde onde se realizou a recolha de dados (principalmente aos Sr.s Enfermeiros Directores e Enfermeiros Chefes), por amavelmente nos terem permitido e facilitado as condições para a aplicação dos questionários aos “seus” enfermeiros.

Uma palavra final para a prestimosa colaboração dos enfermeiros dos hospitais e centros de saúde referidos no estudo, os quais generosamente se prontificaram a colaborar connosco para a prossecução dos nossos objectivos. Os seus testemunhos constituíram a matéria-prima do nosso estudo.

A todos o nosso muito obrigado.

resumo

Num momento em que se registam preocupações acrescidas com a produtividade e eficiência da Administração Pública, nomeadamente no que toca ao desempenho profissional dos seus colaboradores, cresce a preocupação em avaliar esse desempenho, estabelecendo critérios e metas a alcançar, motivando e premiando o mérito e a excelência dos colaboradores, num “novo” processo agora obrigatório e transversal, conforme nos refere a Lei nº 10/2004.

A actual avaliação do desempenho dos enfermeiros foi fundamentada e regulamentada no início da década de 90, tendo sido implantada em toda a administração pública e aplicada a todos os enfermeiros desde 1993. Os princípios básicos que a sustentam são: a melhoria do desempenho do enfermeiro através do conhecimento das suas necessidades e potencialidades; contribuir para a valorização pessoal e profissional dos enfermeiros, possibilitando a sua progressão e promoção na carreira; detectar factores que interfiram no rendimento profissional e detectar necessidades de formação, vislumbrando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados por pelos enfermeiros aos clientes que cuidam.

Este processo desenvolve-se ao longo de cada triénio englobando seis etapas principais, que culminam na atribuição duma menção qualitativa de Satisfaz ou Não Satisfaz resultante da avaliação contínua individual e centrada no conteúdo funcional de cada categoria, proporcionando ou não a progressão na carreira.

Neste contexto, o estudo levado a cabo é de carácter exploratório, descritivo, analítico e transversal, cujo objectivo central se orientou no sentido de conhecer/avaliar a percepção dos enfermeiros relativamente contributos da avaliação do desempenho, não só para o seu desenvolvimento pessoal e profissional, mas também relativamente às melhorias reconhecidas nas suas práticas de cuidados. Foi desenvolvido no distrito de Aveiro, onde através de amostragem aleatória encontrámos uma amostra de enfermeiros de todas as instituições públicas de saúde (hospitais e centros de saúde), aos quais aplicámos um questionário como forma para recolha de dados, pressupondo desde logo a utilização de metodologia quantitativa.

Dos resultados, salientamos que os enfermeiros percebem a avaliação de desempenho como fornecendo contributos importantes para o seu desenvolvimento pessoal e profissional e que isso se reflecte de forma altamente significativa em melhorias na prestação de cuidados, no entanto não podemos deixar de referir que apesar dos resultados alcançados, há um elevado número de enfermeiros que referem lacunas na aplicação do processo de avaliação, sendo que existem itens que nunca foram aplicados na sua avaliação.

Na globalidade podemos referir a necessidade do processo de avaliação dos desempenho dos enfermeiros prosseguir conforme regulamentado, devendo no entanto serem canalizados esforços no sentido de aprimorar as lacunas anteriormente referidas e outras que possam existir, de forma a tornar o processo mais preciso e objectivo.

keywords

Appraisal, enhancement of personal and professional skills, enhancement and improvement of health care

abstract

When productivity and efficiency of Public Administration present several concerns in terms of professional performance of the employees the worry about appraisal is growing up. To perform this evaluation, different criteria are being used and different objectives should be reached according to the “new” procedure written on law nº 10/2004. As result of this evaluation, the very good employees receive an award.

Nurse’s appraisal currently used was established at the beginning of 90’s. Those rules were set in order to apply to all public administration areas and they are being applied to nurses since 1993. The main principals are: -improve of nurse’s performance, -individual and professional valorisation as a promotion to high level in the job, -find the factors that interfere in professional yield and find the continue education needs in order to improve the nurse’s skills. This procedure runs once in every three years and includes six main different types of score which are from “Satisfied” to “Not Satisfied”. Depending of the score obtained the nurses can or cannot get a promotion in the career.

Based in the principles presented above, my study presents characteristics of exploration, description and analytics and also encloses all different nurses in order to know/evaluate nurse’s opinion about the contribution of appraisal for personal and professional development as well as for improvement of them skills. The results were obtained using a group of questions that were applied to a sample of nurses in District of Aveiro. The sample was chosen randomly and includes nurses from all areas in health public institutions (Hospitals and Health Centres) and the methodology used was quantitative.

The results show that appraisal provides very important improvements in terms of personal and professional development and that these improvements can be observed in terms of health care. However, the results also show that a big number of nurses say that there are some errors in this procedure application, as items that never were evaluated.

As conclusion the procedure for appraisal of nurses should continue as ruled, but the vacancies found should be eliminated in the future in order to become the evaluation more accurate and objective.

SIGLAS E ABREVIATURAS

AD – Avaliação do Desempenho.

CEE – Comunidade Económica Europeia.

DPP – Desenvolvimento Pessoal e Profissional.

Enf. – Enfermeiro(a).

EPE – Entidade Pública Empresarial.

MCP – Melhoria dos Cuidados Prestados.

OE – Ordem dos Enfermeiros.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

SA – Sociedade Anónima.

SIADAP – Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho da Administração Pública.

ÍNDICE GERAL

PÁGINA

Júri

Agradecimentos

Resumo

Abstract

Siglas e Abreviaturas

Índice Geral

0 – INTRODUÇÃO.....	14
----------------------------	-----------

I PARTE – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1 – AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO.....	20
1.1 – EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO.....	20
1.2 – AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA.....	26
1.3 – O QUE É A AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO.....	28
1.4 – OBJECTIVO DA AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO.....	31
1.5 – A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO.....	36
1.6 – OS GRANDES DESAFIOS DA AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO.....	39
2 – AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DOS ENFERMEIROS.....	46
2.1 – RESENHA HISTÓRICA DA ENFERMAGEM.....	46
2.2 – CARREIRA DE ENFERMAGEM.....	48

II PARTE – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

3 – METODOLOGIA.....	64
3.1 – QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESES.....	65
3.2 – POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	70
3.3 – OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	72
3.4 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	77
3.4.1 – Validação do Instrumento de recolha de dados.....	78
3.4.2 – Descrição do Instrumento de recolha de dados.....	80

3.5 – PROCEDIMENTOS NA RECOLHA DE DADOS.....	81
3.6 – PRINCÍPIOS ÉTICOS.....	82
3.7 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO.....	83
4 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	84
4.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	86
4.2 – ANÁLISE DOS DADOS.....	88
4.3 – TESTE DA NORMALIDADE.....	92
5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	104
6 – CONCLUSÕES.....	120
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFIAS.....	124

ANEXOS

ANEXO 1 – Questionário

ANEXO 2 – Número de enfermeiros pertencentes a cada instituição

ANEXO 3 – Pedido de autorização para aplicação do instrumento de recolha de dados

ANEXO 4 – Mapa do distrito de Aveiro

ANEXO 5 – Distribuição dos valores médios da amostra segundo as dimensões (e por asserção) da variável dependente, relativamente “*desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro*”

ANEXO 6 – Distribuição dos valores médios da amostra segundo as dimensões (e por asserção) da variável dependente, relativamente à “*melhoria dos cuidados prestados*”

ANEXO 7 – Modelo de “*relatório crítico de actividades*” aplicado na avaliação do desempenho dos enfermeiros

SEQUÊNCIA DE FIGURAS

Figura 1 – Factores que afectam o desempenho.....	22
Figura 2 – Factores que afectam o desempenho no cargo.....	23
Figura 3 – Factores que determinam a satisfação e insatisfação dos colaboradores.....	25
Figura 4 – Avaliação a 360°	40
Figura 5 – Sistema de avaliação do desempenho na carreira de enfermagem.....	54

SEQUÊNCIA DE QUADROS

Quadro 1 – Objectivos da AD, na perspectiva de diferentes autores.....	34
Quadro 2 – Vantagens e desvantagens das diferentes fontes de AD.....	41
Quadro 3 – Diferenças terminológicas dos dois modelos de avaliação.....	51
Quadro 4 – Relação entre pontuação obtida e menção qualitativa.....	51
Quadro 5 – Objectivos das entrevistas de orientação inicial e periódicas.....	56
Quadro 6 – Resultados do teste reteste.....	79
Quadro 7 – Taxa de Respostas do questionário.....	84
Quadro 8 – Distribuição dos sujeitos segundo as suas características socioprofissionais.....	86
Quadro 9 – Distribuição dos valores médios da população segundo as dimensões da variável dependente relativamente ao “desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro”	88
Quadro 10 – Distribuição dos valores médios da população segundo as dimensões da variável dependente relativamente à melhoria dos cuidados prestados (MCP).....	90
Quadro 11 – Objectivos que os enfermeiros atribuem à avaliação do desempenho.....	92
Quadro 12 – Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov.....	93
Quadro 13 – Resultados do Teste U de Mann-Whitney, segundo a percepção dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para o DPP dos enfermeiros e para a MCP em função da participação na definição de normas de actuação e critérios de avaliação para a unidade ou serviço.....	95
Quadro 14 – Resultados do Teste U de Mann-Whitney relativo á percepção dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para o DPP dos enfermeiros e para a MCP em função da frequência de acções de formação sobre avaliação de desempenho.....	97
Quadro 15 – Resultados do Teste U de Mann-Whitney relativo à percepção dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para o DPP dos enfermeiros e para a MCP em função da organização onde os enfermeiros exercem a sua actividade profissional (hospital/centro de saúde).....	98

Quadro 16 – Resultados do Teste de Kruskal-Wallis relativo à percepção dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para o DPP dos enfermeiros e para a MCP em função da categoria profissional dos enfermeiros.....	100
Quadro 17 – Resultados do Teste de Kruskal-Wallis relativo à percepção dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para o DPP dos enfermeiros e MCP em função do número de avaliações a que o enfermeiro foi sujeito.....	102
Quadro 18 – Correlação de Spearman relacionando os contributos fornecidos pela avaliação do desempenho dos enfermeiros para o seu DPP com a MCP....	103

SEQUÊNCIA DE GRÁFICOS

Gráficos 1 – Histogramas das dimensões da variável dependente, com curva de normalidade.....	94
---	----



0 – INTRODUÇÃO

A evolução científica, tecnológica, social e cultural imprimiu nos nossos dias tamanhas transformações propulsoras do desenvolvimento, que é impossível ficarmos indiferentes aos novos contextos e desafios que se avizinham.

Sendo as organizações constituídas por pessoas e dependendo delas para atingir os seus objectivos e cumprir as suas missões, parece ter havido ao longo dos tempos uma preocupação crescente com o “*capital humano*” organizacional, tornando-se, a par de outros, num importante factor de competitividade. Tal como nos é referido por BILHIM (2002:25), “*actualmente os recursos humanos constituem um recurso estratégico das organizações, dada a sua criatividade, inovação e potencial, características que assinalam a diferença relativamente aos outros recursos organizacionais, por exemplo, o capital.*” No mesmo sentido, também MOURA (2000:51), refere que “*a distinção entre ‘empregados como activo’ e ‘empregados como custo’ constitui uma separação fundamental que pode alterar de forma profunda as políticas de uma organização em relação às pessoas que emprega*”.

Assim, será importante referir que entre as pessoas e as organizações deverá existir uma relação de simbiose, em que cada um dos parceiros contribua com algo para que ambos saiam triunfantes, numa lógica de ganhar-ganhar. Para que esta lógica funcione correctamente, entendemos que se torna necessário uma correcta e adequada gestão de recursos que optimize o potencial de cada um dos intervenientes, já que cada um deles poderá aumentar ou limitar as forças ou as fraquezas com que se empenha na relação.

No que respeita à Administração Pública, que queremos inovadora, competitiva e geradora de valor acrescentado para todos os “*actores*” envolvidos, torna-se necessário definir critérios de alguma tangibilidade, padronizar procedimentos e criar uma estrutura que permita fazer o balanceamento das acções desenvolvidas objectivando os seus resultados, fomentando uma cultura de responsabilidade e rigor conducente ao desenvolvimento pessoal e profissional dos colaboradores e por sua vez a melhorias contínuas de qualidade e produtividade, assentes num crescimento sustentado.

Nos nossos dias, a gestão das organizações de saúde não se compadece com modelos burocráticos exercidos na base do “*achismo*”, de forma amadora, voluntarista com



contornos mais ou menos monopolistas e corporativos. É preciso estar mais além, os tempos modernos exigem de todos os profissionais de saúde profissionalismo, equidistância, disciplina e orientação estratégica, avaliação dos serviços e das pessoas que neles trabalham, dos serviços que executam, de forma a orientar os serviços para melhores resultados, tanto para profissionais como para clientes.

Parece ter sido esse o sentido que há já algum tempo levou alguns dos grupos profissionais constituintes da Administração Pública a introduzirem o processo de avaliação do desempenho das suas práticas, não no sentido tradicionalista do termo, mas como um recurso estratégico para fomentar o desenvolvimento e aperfeiçoamento incremental dos seus profissionais. A avaliação do desempenho profissional, como sistema formal e organizado de apreciação do trabalho desenvolvido pelos colaboradores numa organização, emergiu como uma componente da gestão de recursos humanos, desde que a gestão das organizações começou a ser teoricamente elaborada e sistematizada, nos princípios deste século (CAETANO, 1996).

Relativamente à gestão de serviços de saúde e mais particularmente à gestão do pessoal de enfermagem as mudanças afiguram-se agora como inevitáveis. A noção de carreira e um trabalho de vínculo estável e duradouro, quiçá para o resto da vida terá um futuro a prazo. A enorme volatilidade associada às mudanças de gestão dos hospitais públicos e a tendência crescente para a privatização, parecem estar na ordem do dia. Assim, a cada dia a avaliação do desempenho aparece-nos como um manancial imprescindível na gestão de recursos humanos. Para uns não passa duma teia burocrática da moda para cumprir calendário, para outros uma apreciação para um ajuste de contas. Quanto à eficácia alguns reconhecem-lhe mérito porém com algumas lacunas, para outros é um processo ineficaz incapaz de gerar valor acrescentado quer para o indivíduo, quer para a organização ou para o cliente, tal como referem Mayfield (1963), e McGregor (1957), citados por CHIAVENATO, (1987:266), *“a avaliação do desempenho é um assunto que tem despertado inúmeras demonstrações favoráveis e outras extremamente contrárias”*.

É assim, neste emaranhado de opiniões controversas e por vezes distorcidas que nos colocamos para tentar dar mais uma achega, tentando perceber melhor o fenómeno.



Sabendo que na profissão de enfermagem essa metodologia sistematizada e organizada conta já com uma experiência de alguns anos e sendo nós enfermeiros sujeitos trienalmente a essa avaliação do desempenho (Despacho 2/93 de 30 de Março), optamos por estudar o nosso grupo profissional já que entendemos não ser novo para ninguém algum termo mais específico que se possa abordar acerca da temática em causa, uma vez que apenas farão parte da nossa amostra, enfermeiros prestadores de cuidados, que já tenham sido sujeitos ao processo de avaliação pelo menos uma vez. Nesse sentido, temos como principais objectivos:

- Perceber em que medida o actual modelo de avaliação do desempenho contribui para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e para a melhoria da prestação de cuidados;
- Verificar em que medida as variáveis sócio-profissionais estão relacionadas com a percepção dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho, para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e para a melhoria da prestação de cuidados;
- Relacionar os contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros com os contributos fornecidos para a melhoria da prestação de cuidados;

O trabalho conta com uma primeira parte (fundamentação teórica), onde através da revisão da literatura, é feita a análise do conhecimento e estado da arte, procurando criar um enquadramento e suporte teórico do estudo que ocupará o primeiro terço do trabalho. Deste consta, num primeiro momento e como assuntos principais, a evolução histórica da avaliação do desempenho, sua implementação na Administração Pública, tratando-se posteriormente a importância e os objectivos da avaliação do desempenho, concluimos com os desafios da avaliação do desempenho. Num segundo momento é feita a descrição do modelo avaliação do desempenho no grupo profissional dos enfermeiros. No sentido de contextualizar o leitor, é feita uma abordagem histórica da profissão de enfermagem, os propósitos da avaliação do desempenho dos enfermeiros, a comparação entre o modelo actual e o precedente e por fim os métodos e as técnicas utilizadas no modelo vigente.

A segunda parte do trabalho (restantes dois terços), é reservada à investigação empírica. Desta, o primeiro capítulo destina-se à metodologia, onde são apresentadas as



hipóteses, as variáveis, a população e amostra, assim como a forma da sua selecção, recolha de dados e respectivo tratamento estatístico. O segundo e terceiro capítulos desta parte são reservados à apresentação e análise dos dados e discussão dos resultados, respectivamente.

Finaliza-se com uma conclusão que procura fazer a síntese geral do estudo e a apresentação dos resultados mais relevantes. São ainda expostas algumas sugestões para melhoria das práticas de avaliação do desempenho dos enfermeiros, assim como para futuros trabalhos.



FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

“consiste em fazer o balanço do que foi escrito sobre a investigação em curso. Por mais interessantes que sejam as questões de investigação não poderão ser abordadas sem ter em conta os conhecimentos já adquiridos no domínio escolhido.”

FORTIN (1999:73)





1 – A AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO

Todos nós, ainda que de forma intuitiva, estamos constantemente a avaliar as nossas capacidades e o mundo que nos rodeia. Nesse sentido, é compreensível que haja também a pretensão e a necessidade de avaliar os outros, segundo determinados critérios, comportamentos, atitudes, crenças e valores, logo, qualquer que seja a situação dum indivíduo ele encontra-se sempre na posição de avaliador ou avaliado, o que parece acontecer desde o início dos tempos.

1.1 – EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO

Segundo os escritos, as práticas formais de avaliação do desempenho remontam ao início do primeiro milénio da nossa era (anos 221-265 d.c.), altura em que a dinastia WEI instituiu a figura do *julgador imperial*, o qual avaliava a actuação da família imperial, levando as conclusões da sua apreciação ao imperador, fornecendo-lhe os elementos necessários ao seu veredicto relativamente à família e ao império, BERGAMINI (1998:36).

No entanto, considera-se que o primeiro processo sistematizado de avaliação do desempenho é mais recente, tendo sido instituído em meados do século IV por S.^{to} Inácio de Loyola, fundador da companhia de Jesus, utilizando um sistema combinado de relatórios e notas de actuação, onde se dava ênfase ao potencial de cada um dos seus Jesuítas. O processo baseava-se na auto-avaliação dos membros da ordem, de acordo com as actividades desenvolvidas e descritas pelos seus supervisores, mas também em relatórios especiais elaborados por qualquer Jesuíta detentor de informações relevantes sobre o seu desempenho ou dos colegas, às quais o superior poderia não ter acesso, CHIAVENATO (1998:335). Estas formas de avaliação do desempenho informais, empíricas e sem qualquer fundamento científico explícito, esboçavam já o prelúdio dum processo avaliativo com relatório crítico de actividades e uma espécie de avaliação partilhada pelos pares.

No início do século XIX, a Administração Pública Americana empenhou-se no interesse pelo processo avaliativo, instituindo a obrigatoriedade de relatórios periódicos sobre o desempenho dos seus funcionários, experiência que rapidamente se transportou



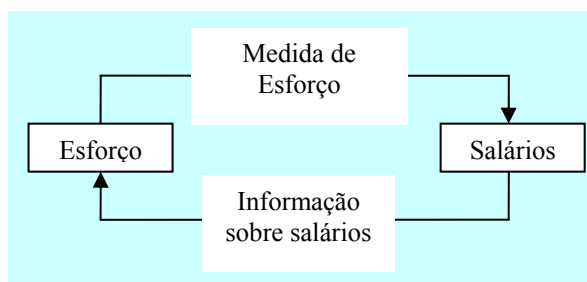
para o mundo empresarial, em que é destacado o caso da General Motors, que em 1918, já possuía um sistema formal de avaliação do desempenho dos seus executivos, (CHIAVENATO, 1998).

Segundo MONTEIRO (1979), também a Suíça foi um dos países que admitiu a importância do processo avaliativo do pessoal da sua Administração Pública. Foi a partir de 1920, que por intermédio do “*Conseil Fédéral*”, foi nomeada uma comissão, constituída pelos directores dos sectores mais importantes da Administração Pública, a fim de elaborar uma classificação de funções provisórias, tendo sido apresentado o primeiro projecto para apreciação em 1921, sujeito depois a reformulações até 1927.

Com a publicação do estatuto do funcionário, foram aí integrados alguns artigos regulamentando o âmbito da avaliação, assim como, o escalonamento em classes e vencimentos. Um dos artigos, o qual determinava os critérios de base para a avaliação de funções dizia que, a classificação de funções deveria ter particularmente em conta a amplitude e as exigências das funções, a formação, a responsabilidade e o risco, (MONTEIRO, 1979).

Contudo, foi a partir do final da II Guerra Mundial que os sistemas de avaliação do desempenho tiveram ampla divulgação entre as empresas, já que até aí os administradores viviam preocupados com a eficiência da máquina como o único meio para aumentar a produtividade, pois como nos refere FREDERICO (1999:141), “*o Homem era visto como um objecto moldável aos interesses da organização e facilmente manipulável, por se acreditar que a única maneira de o motivar era através de aspectos económicos*”.

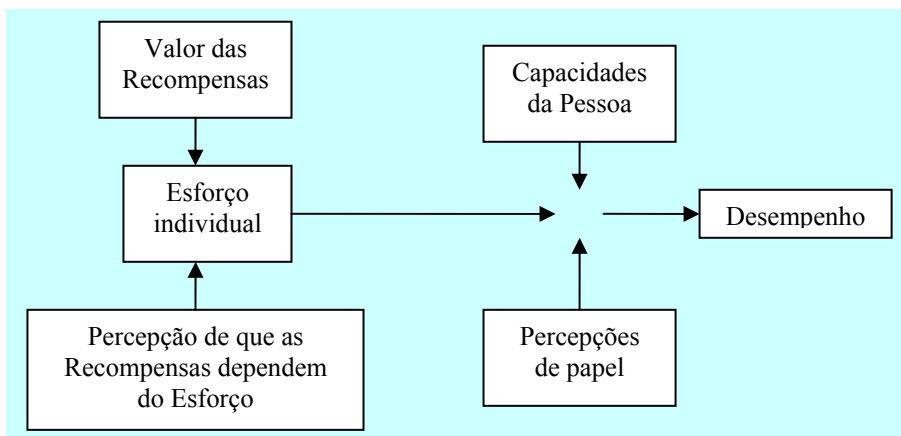
O século XX foi marcado pelo advento da Teoria Clássica da Administração, cuja abordagem mecanicista, defendeu o exercício de um controle rigoroso sobre o trabalho de cada operário, que era atribuído segundo as suas aptidões pessoais. Esta teoria apoiava-se nessa avaliação para atribuir equitativamente salários e conceder (prémios) incentivos, por aumentos de produtividade, dado que do ponto de vista do seu principal mentor (Taylor), não chegava colocar a pessoa certa no lugar certo, o operário agia motivado unicamente por objectivos salariais e económicos, como é representado no esquema seguinte:

Figura 1 – Factores que afectam o desempenho.

Fonte: Adaptado de CUNHA (1988).

Assim, Taylor preocupou-se com questões como a selecção, formação profissional e recompensa e dá ênfase à cooperação entre gestores e trabalhadores. Na perspectiva da sua teoria, a eficácia organizacional conseguia-se através duma gestão que garantisse um elevado controle, uma forte racionalização e supervisão (CAMARA et al:1997).

Os fracassos nos resultados esperados, foram associados às notórias insuficiências das Teorias Clássicas e à sua perspectiva mecanicista, conduzindo a esforços conjuntos das ciências sociais e humanas (Psicologia, Sociologia e Antropologia), levando ao aparecimento da Teoria das Relações Humanas (Estados Unidos) por volta dos anos 40, passando o Homem a ser agora a preocupação primordial, sublinhando-se a importância da motivação, liderança e participação para uma maior eficiência e produtividade, ROCHA (1997:22). Os critérios de avaliação deixam de ser exclusivamente quantitativos (número de peças produzidas), mas também os factores de ordem psicológica e psicossociológica, individuais e organizacionais passam a pesar na avaliação. Como podemos compreender, aumentou assim a intangibilidade e concomitantemente a dificuldade em avaliar, pois passa a ser necessário recorrer a juízos humanos. Não se mede apenas a produção alcançada, mas também o mérito ou o valor do funcionário para o serviço da organização, de acordo com o diagrama de um modelo teórico, dos factores que afectam as relações entre o esforço e o desempenho, que nos é proposto por CHIEVENATO (1998:103).

Figura 2 – Factores que afectam o desempenho no cargo.

Fonte: Adaptado de CHIEVENATO (1998:103).

Nesta linha de pensamento, vários estudiosos e investigadores (Elton Mayo, Max Weber, Maslow, Herzberg, Mac Gregor, etc.) se debruçaram sobre o estudo das relações entre as pessoas e a organização no sentido duma melhor integração dos objectivos dos diferentes “stakeholders” (partes interessadas).

Elton Mayo, contrariando em absoluto os pressupostos da teoria clássica, deixa desvanecer o lado económico e dá ênfase às relações humanas, passando a preocupar-se com os aspectos sociais do homem no trabalho, passando-se de uma concepção de ‘*homem económico*’ para uma de ‘*homem social*’, colocando-o no topo da hierarquia organizacional, reservando para a organização um papel secundário, pressupondo a necessidade do homem se relacionar com os outros, valorizando assim a importância dos factores sociais e psicológicos no rendimento dos colaboradores na organização. A motivação básica do homem é agora de natureza social e simbólica. O Homem tem que ser visto como um ser no seu todo e não como uma mera peça duma máquina, como gerador de lucro.

Subsequentemente, e considerando a teoria anterior como romântica, o filósofo e economista Alemão Max Weber, falecido a 1920, deixa as suas ideias bem definidas, as quais por volta de 1940 vem dar origem às duas correntes que fundamentam a teoria da burocracia e teoria estruturalista. A primeira é caracterizada pela divisão do trabalho, com serviços bem definidos regidos por leis e regulamentos, delineados e articulados por normas escritas. Os colaboradores têm estruturas e carreiras definidas, existindo uma



hierarquia de funções e uma forte tendência para a centralização. A segunda pretende estabelecer um equilíbrio entre indivíduo e organização, procurando a conciliação entre as teorias clássicas e das relações humanas, baseadas no modelo burocrático. Preconiza a hierarquia burocrática e a inovação do conhecimento baseado nos objectivos individuais dos colaboradores.

Após a década de 50 verificaram-se importantes alterações nas orientações das pesquisas efectuadas pela psicologia cognitiva, dando origem a uma abordagem mais global, em alternativa aos pressupostos behavioristas, CAETANO (1996:162). É neste período que aparecem as teorias comportamentais, assentes no comportamento humano, sendo Maslow o seu inicial propulsor.

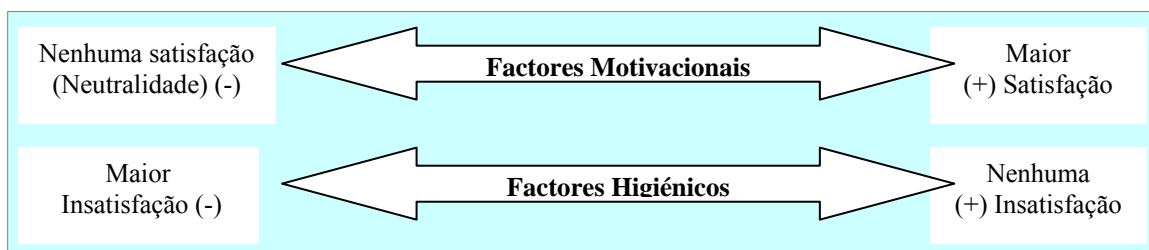
Os contributos de Maslow abordam a satisfação hierarquizada de necessidades fisiológicas e de segurança, as quais associa à motivação e produtividade no trabalho. O indivíduo nasce com determinadas necessidades fisiológicas que lhe são inatas ou hereditárias, as necessidades de nível inferior ou factores higiénicos, que só depois de satisfeitas levam o indivíduo a aspirar a satisfação de necessidades de nível superior (estima e auto-realização), que uma vez conseguidas geram normalmente deleite e motivação para o trabalho. Assim, os trabalhadores necessitam de um salário para poderem satisfazer as necessidades pessoais e familiares, STONER (1995:324), embora este sirva em grande parte para apenas satisfazer as necessidades de primeira linha.

Em 1959, Herberg refere que as necessidades não podem ser vistas como meras condições de trabalho, já que existe uma desadequação entre estímulo oferecido pela organização e as expectativas do trabalhador, podendo conduzir à insatisfação deste. Como nos é referido por FREDERICO (1999:23) *“a presença de factores higiénicos é uma expectativa normal do trabalhador, não gerando por isso satisfação, mas a sua ausência conduz à insatisfação”*.

Herberg defendeu que os factores responsáveis pela satisfação dos colaboradores são diferentes dos factores responsáveis pela insatisfação, sendo a satisfação dependente das actividades desafiadoras e estimulantes (estima e auto-realização de Mayo), os quais designou por factores motivacionais. A insatisfação depende do ambiente envolvente, dos colegas e dos superiores hierárquicos, aos quais chamou factores higiénicos. Como nos explica CHIEVENATO (1997:91), *“o oposto de satisfação profissional não seria*

insatisfação, mas sim nenhuma satisfação; e da mesma maneira, o oposto de insatisfação profissional seria nenhuma insatisfação profissional e não a satisfação”.

Figura 3 – Factores que determinam a satisfação e insatisfação dos colaboradores.



Fonte: Adaptado de CHIEVENATO (1998:91).

Pode-se então dizer que as pessoas não são unicamente motivadas para o trabalho pelo salário, mas por uma série de outras coisas. Elas vêm para o trabalho com determinadas necessidades por satisfazer e só serão motivadas para um maior esforço se lhes forem dadas as recompensas que procuram, pois como é descrito por COWLING (1998:159), *“da mesma forma que uma boa saúde exige mais do que higiene, também os altos níveis de motivação exigem muito mais do que um salário mensal, uma vez que também exigem um sentido de realização, de reconhecimento, de responsabilidade”*. Assim, sendo as pessoas diferentes terão também diferentes necessidades e expectativas, logo será o seu conhecimento um caminho mais breve para alcançar uma maior motivação e maior produtividade.

Douglas Mc Gregor, faz a distinção entre duas correntes opostas da administração baseadas na análise assente na natureza humana. Uma de raiz tradicionalista e designada por teoria “X” e a outra moderna, a teoria “Y”.

Caracterizando sinteticamente cada uma delas, podemos dizer que na teoria “X”, os seres humanos são caracterizados como avessos ao trabalho, evitando-o sempre que podem. Toda a organização tem determinados objectivos e para alcança-los, as pessoas que nela trabalham devem ser coagidas, controladas e mesmo ameaçadas com punições no sentido de orientar os seus esforços para os objectivos delineados. As pessoas geralmente preferem ser dirigidas do que dirigir, procurando evitar responsabilidades já que se



pressupõe que as pessoas médias têm pouca ambição, preocupando-se acima de tudo com a própria segurança e bem-estar.

Na teoria “Y” o trabalho pode ser uma fonte de satisfação ou sofrimento, dependendo das condições em que é desenvolvido. O controle e as ameaças de punição não são os únicos meios de estimular e conduzir esforços, as pessoas podem auto controlar-se e auto dirigir-se desde que sejam convencidas e comprometidas, estando as recompensas ligadas aos compromissos assumidos. As pessoas podem apreender a aceitar e assumir responsabilidades, já que frequentemente encontramos pessoas criativas, imaginativas e engenhosas, sendo que o potencial do ser humano médio está longe de ser totalmente utilizado, (CHIEVENATO, 1998).

1. 2 - A AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

É indúbio que foi na Administração Pública, (nos EUA) que o processo formal de avaliação do desempenho deu os seus primeiros passos, ainda que incipientes rapidamente se estendeu ao mundo empresarial. Desde então, mais ou menos empenhados, quer uns quer outros parecem estar preocupados com a aferição desses modelos e a criação de modelos mais consistentes em eficácia e eficiência.

Contudo, foi a partir da década de 60 que nas grandes empresas privadas, começa a crescer o interesse pela avaliação do desempenho dos colaboradores. Este momento é particularmente marcado por um novo contexto no desenvolvimento das actividades económicas. Estudos de mercado então efectuados em busca de soluções para tal realidade descrevem que as empresas estavam confrontadas com um meio ambiente de elevada complexidade, associado a um elevado grau de incerteza, RATO (2002:483). Agora, ao invés do que acontecera anteriormente, os modelos de avaliação do desempenho passam das empresas privadas para os serviços públicos e por diferentes países, tendo levado à criação de várias estruturas dedicadas à avaliação, como nos refere CARVALHO (1998:193), com o *“crescente interesse pela temática da avaliação do desempenho tem vindo a assistir-se, nos últimos anos, à constituição de diversas organizações”*, nomeadamente o Comité de Avaliação do Conselho da e Europa.

Em Portugal, Abril de 1974 marca o início duma nova era! O modelo de estado seguido até então sofreu grandes transformações na sua intervenção. Um estado que se



limitava a assegurar a ordem pública, a administração da justiça e a defesa, começou também a abarcar políticas sociais, responsabilizou-se pelo desenvolvimento económico e pelo equilíbrio social da respectiva população, proporcionando sistemas universais de saúde e educação, tal como nos expõe ALMODOVAR (2002:292), *“da passagem de um estado-polícia para um estado-providência resultaram problemas que ainda hoje estão longe de estar resolvidos”*. A Administração Pública ganha novos contornos e responsabilidades, proporcionando um desenvolvimento significativo a vários níveis, o qual se traduziu numa melhoria das condições de vida, e paralelamente em novas e crescentes exigências à Administração Pública em termos de quantidade, qualidade e eficiência das suas prestações. Procurando responder a tais exigências ela é enriquecida com elevado número de colaboradores (funcionários públicos) na saúde, segurança social, educação etc., os quais detêm a mais variada formação académica e profissional, mas sendo o resultado da sua realização cada vez mais criticado pelo cidadão/cliente BILHIM (1998:125), queixando-se duma administração pública burocratizada, ineficiente, introvertida e avessa ao cidadão. Talvez por essa razão, CAMPOS (2002:171) nos refere que *“ela é tida como um corpo estranho à sociedade civil, agnóstica ao mercado, divorciada da classe e dos actores da política”* (...).

Porque os recursos são escassos e há que racionalizá-los procurando melhorar a eficácia e eficiência, é reconhecido por todos a necessidade da modernização da Administração Pública quer no sentido de responder às expectativas dos cidadãos, mas também criando uma cultura de mérito e excelência entre os seus colaboradores, motivando e premiando os melhores desempenhos, o que só parece possível se em cada momento conseguirmos conhecermos os inputs utilizados, os processos levados a cabo, os resultados esperados e os efectivamente alcançados, onde certamente a avaliação do desempenho desempenhará um papel crucial, pois como nos refere CARVALHO (1998:191) a avaliação *“pode entender-se como um processo contínuo, sistemático e estruturado de análise dos recursos utilizados e dos resultados obtidos”*.

Mas entre nós, quer no sector público ou privado a cultura para as práticas da avaliação do desempenho tem tido um desenvolvimento lento, sendo excepção a avaliação dos serviços de saúde que conta já com uma história de cerca de duas décadas, onde podemos destacar a avaliação da intervenção operacional de saúde, no âmbito do II Quadro Complementar de Apoio da União Europeia CAMPOS (1998:381), que como o autor diz



“permitiu um exercício mais vasto que se alargou a uma boa parte da politica pública do sector.”

Apesar de se ir já generalizando as práticas de avaliação do desempenho entre alguns grupos profissionais da Administração Pública, continua a ser limitada, rígida e burocratizada a sua aplicação, no entanto parece começar a criar-se alguma visibilidade dos seus potenciais efeitos. Independentemente da especificidade e diversidade de actuação da Administração Pública, a sua avaliação periódica e sistemática é indispensável, e certamente que conduzirá à modernização e melhorias significativas na prestação dos serviços. Essa preocupação parece estar implícita na recente publicação do Decreto-lei n.º 10/2004, que regulamenta a lei geral do processo de avaliação do desempenho da Administração Pública.

1.3 – O QUE É A AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO

Antes de se avançar para a clarificação do que é a avaliação do desempenho parecem-nos fundamental compreender os conceitos dos termos que a compõe, “avaliação” e “desempenho”.

Segundo SIMÕES (2000:7), *“o conceito de avaliação tem sido objecto de entendimentos diversos, em diferentes momentos e contextos”*. Então, sendo um termo comumente usado em vários sentidos e de certa forma controverso, quisemos esclarecer o que nos diz o dicionário de Língua Portuguesa. Assim, de acordo com COSTA (2003:188), avaliação é *“o acto de avaliar; determinar o valor pelos avaliadores; cômputo; apreciação”*, parecendo remeter-nos para uma forma de análise do valor, pressupondo a recolha de informação para julgamento e apreciação de mérito, em que os intervenientes (avaliado e avaliador), deverão actuar de forma responsável e justa.

Pelo contrário, o conceito de “desempenho” parece ser mais unificador, conduzindo-nos à ideia de cumprimento de determinada acção ou actuar de determinado modo, sendo-nos definido por COSTA (2003:508), como *“o acto ou efeito de desempenhar; cumprimento de promessa; modo de representar; execução.”* Podemos então dizer que, desempenhar é realizar determinada acção objectivando determinado fim, o que pressupõem o conhecimento prévio do conteúdo das actividades a executar para alcançar essa intenção. O desempenho é contingencial, resulta então da interacção entre chefia e



colaborador, associado a um conjunto de características específicas e factores situacionais que o determinam, já que como nos refere ALMEIDA (1996:6), *“o desempenho pode não ser consistente ao longo do tempo mesmo que as características estruturais das pessoas não sofram alterações,”* ainda que as variáveis situacionais permanecessem imutáveis. Depreendemos assim que, o desempenho dos colaboradores depende dum conjunto bastante diversificado de factores. Estes podem ser relativos à organização e sua envolvente, ou à pessoa. As diferenças relativas às pessoas podem ser divididas em dois grandes grupos (ALMEIDA, 1996).

Factores de constituição física (anatómicos e fisiológicos), dos quais se podem destacar o sexo, constituição física, acuidade sensorial, etc.;

Factores de natureza psicológica, os quais costumam ser classificados em inteligência, aptidões específicas, emoções, atitudes, interesses, valores e necessidades.

Como resultado de diferentes interpretações dos dois conceitos, somos levados a concluir que existe uma certa arbitrariedade no uso de determinados termos e expressões, que embora com significados diferentes, são no quotidiano usados no mesmo sentido. Ainda que ao longo deste trabalho tenhamos optado mais frequentemente pelo uso da expressão avaliação de desempenho, ela é muitas vezes referenciada na literatura como: apreciação do mérito, classificação de serviço, notação, avaliação de pessoal.

O conceito de avaliação de desempenho tem mudado muito ao longo dos tempos, sendo insuficiente a simples associação dos dois conceitos para caracterizar o conteúdo da expressão tal como hoje a entendemos relativamente à gestão dos recursos humanos. Como referem Latham e Wexley (1981), citados por CAETANO et al. (2000:359), *“só no início do século passado quando a gestão das organizações começou a ser elaborada e sistematizada é que a avaliação de desempenho surgiu como elemento de gestão das pessoas”*. Ainda agora, apesar dos inúmeros estudos acerca desta temática ela é encarada de forma diferente por diversos autores. Enquanto uma abordagem micro coloca ênfase na análise dos comportamentos individuais sobre o desempenho, uma abordagem macro centra-se nas iniciativas desencadeadas pela organização, para configurar o instrumento de avaliação do desempenho de modo que sirva como desenvolvimento dos recursos humanos e se insira na estratégia organizacional. Esta preocupação está bem patente no argumento de SILVA (1994:20), referindo que *“a filosofia em que assenta o actual sistema de*



avaliação do desempenho dos enfermeiros implica uma nova fórmula, a que não pode ser alheia a organização em que estão inseridos. É, assim, importante que haja uma sensibilização de todos os intervenientes no processo, de forma a originar uma mudança interna do enfermeiro, bem como uma mudança organizacional.”

Nesse sentido, CHIAVENATO (1999:211) refere que *“a avaliação do desempenho é a apreciação sistemática do desempenho de cada pessoa em função das tarefas que desempenha, das metas e resultados a serem alcançados e do seu potencial de desenvolvimento”*. Já para ALMEIDA (1996:15), ela é *“um processo pelo qual uma organização mede a eficiência e eficácia dos seus colaboradores”*.

Com a definição proposta por ALMEIDA, ficamos com a sensação que o autor a resume a um mero instrumento de medida, como aliás é referido no prefácio do seu livro, *“é um instrumento de medida que permite que as organizações se regulem”*, remetendo-nos de novo para o início do século XX, para uma avaliação de desempenho tradicional. Parece pôr de lado a natureza humana e a filosofia de contínuo aperfeiçoamento e desenvolvimento de recursos humanos, que lhe deve estar subjacente e que está bem patente no conceito de ALMADA (1995:17) referindo-se à avaliação de desempenho dos enfermeiros, *“o actual sistema de avaliação de desempenho previsto na carreira de enfermagem (Decreto-lei 437/91) tem como finalidade a compatibilização entre a melhoria dos cuidados e o desenvolvimento profissional do enfermeiro”*.

Como já tivemos oportunidade de referir, a avaliação do desempenho tem que ser vista numa perspectiva macro, perfilhando uma partilha mútua entre colaboradores e organização no sentido do desenvolvimento e crescimento bilateral, não podendo restringir-se simplesmente a uma função de controlo, se bem que ele também seja necessário, pois como nos relata CARVALHO (1998:191), *“trata-se portanto dum conceito virado para a acção, com uma forte dimensão prática e uma função de ajuda ou apoio à tomada de decisão e não exclusivamente de âmbito metodológico e muito menos revestindo um carácter de inspecção ou de fiscalização”*.

De forma mais estruturada e detalhada podemos descrever a avaliação do desempenho como um meio que produz desenvolvimento dos recursos humanos da organização. Através dela, é possível definir o grau de contribuição de cada colaborador para a organização; identificar os colaboradores que possuem qualificação superior à



requerida pelo cargo; identificar em que medida os programas de formação tem contribuído para a melhoria do desempenho dos colaboradores; promover o auto-conhecimento e auto-desenvolvimento dos colaboradores; obter subsídios para redefinir o perfil requerido dos ocupantes dos cargos, para remuneração e promoção e para elaboração de planos de acção para desempenhos insatisfatórios (GIL, 1994).

Apesar de nos últimos anos se terem esboçado novas direcções de investigação que apontam o contexto sócio-organizativo em que decorre a avaliação como factor importante para contextualizar a avaliação de desempenho, MADDUX (2001:14), dá-nos um conceito mais abrangente e dinâmico da avaliação de desempenho, considerando-a como *“uma oportunidade periódica para uma melhor comunicação entre a pessoa que fixa o trabalho e a pessoa que o desempenha, para se discutir o que se espera do outro e como essas expectativas devem e estão a evoluir”* e podem ser alcançadas.

Ainda que pareça completo e actual o conceito proposto por Maddux, *“a Teoria Geral dos Sistemas proposta por Ludwig von BERTALANFFY formulava um conjunto de princípios válidos para diferentes sistemas, fossem eles biológicos, físico-químicos ou sociais”*, conforme refere ALARCÃO (2000:13), logo podemos dizer que a avaliação do desempenho pode ser considerada uma actividade sistémica. Assim, sendo as organizações compostas por pessoas em interacção não deixam de formar um complexo sistema social, o que parece requerer uma nova/diferente dimensão para avaliar o desempenho. Estamos a falar da avaliação a 360°, em que é feita uma abordagem sistémica da avaliação do desempenho e para além dos tradicionais intervenientes, é também requerida a intervenção de “todo” o sistema envolvente, desde os colegas até aos clientes (internos e externos), no entanto este é um assunto que deixamos para abordar no ponto 1.5, reservado aos grandes desafios da avaliação do desempenho.

1.4 – OBJECTIVOS DA AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO

Os estudos levados a cabo por CLEVELAND et al. (1992), referem-nos que até 1980 as organizações utilizavam a avaliação do desempenho como suporte para as suas decisões administrativas e só recentemente ampliaram os seus objectivos para um novo domínio relacionado com o fornecimento de feedback ao colaborador sobre o seu desempenho, no intuito de promover o seu desenvolvimento e aperfeiçoamento profissional.



A crescente necessidade das organizações na definição do comportamento desejado dos seus colaboradores no desempenho das funções torna-se cada vez mais premente, pois há necessidade de aumentar a qualidade e a produtividade tornando-as mais competitivas, daí a preocupação em conhecer também os objectivos dos outros intervenientes no processo. Nesse sentido, a gestão do desempenho assente na avaliação das pessoas que constituem a organização e que aí desempenham os seus papéis torna-se vital para alcançar os primeiros objectivos, podendo ser feita através de várias estratégias, as quais podem variar não só de uma organização para outra como dentro da mesma organização, quando se trate de avaliar níveis hierárquicos diferentes ou áreas de actividade diversas. Cada organização tem os seus próprios sistemas de avaliação de desempenho adequados às circunstâncias, à sua história e aos seus objectivos, (CHIAVENATO, 1987).

Conforme tem sido dito, os objectivos que sustentam a implantação dum sistema de avaliação de desempenho podem diferir no tempo, no espaço e mesmo para os diferentes intervenientes, no entanto parecem concordantes no seu essencial. Se por um lado visam a manutenção e o desenvolvimento organizacional, por outro fomentam o aperfeiçoamento/desenvolvimento individual, procurando promover a satisfação das necessidades dos diversos “stakeholders”, pois como nos refere Mc Gregor (1975), citado por CAETANO (2000:360), pretendem satisfazer três necessidades, sendo uma da organização e duas do indivíduo. Relativamente à organização ela ajuda nos processos administrativos de recrutamento (interno), transferências e remunerações etc., enquanto a nível individual permite que o avaliado receba feedback sobre a apreciação do seu desempenho e que seja orientado no seu percurso e desenvolvimento profissional.

Indagando acerca do título desta dissertação, foi nossa intenção debruçarmo-nos sobre o desenvolvimento pessoal e profissional, já que um dos objectivos básicos da avaliação do desempenho consiste justamente, em fornecer informação de retorno acerca do desempenho dos colaboradores, pressupondo que essa informação contribua como orientador para o seu aperfeiçoamento e consequentemente para a melhoria da produtividade, pois como nos refere GAMEIRO (1998:117), *“a avaliação só é um verdadeiro instrumento de gestão quando dá lugar à acção correctiva sobre os elementos do sistema causadores de desvios negativos.”*



Parece-nos importante esclarecer que a acção correctiva, não deve ser encarada como um primeiro passo para a punição, mas sim como um momento de crescimento partilhado que permite encaminhar os colaboradores no sentido dos objectivos organizacionais, comunicando-lhe quais os seus pontos fortes e fracos, sugerindo-lhe as necessidades de mudança no comportamento, atitudes, habilidades e comportamentos. O que se preconiza é encontrar a origem dos problemas, fazer o levantamento de necessidades e dar a conhecer o caminho para a melhoria, visando alcançar os objectivos delineados bilateralmente, conforme nos é referido por CHIAVENATO (1997:342), *“a avaliação do desempenho não pode restringir-se ao simples julgamento superficial e unilateral do chefe relativamente ao comportamento do colaborador; é preciso descer a um nível de maior profundidade, localizar causas e estabelecer perspectivas de comum acordo com o avaliado.”*

Nesta perspectiva facilmente conseguimos compreender que a avaliação do desempenho é um processo moroso e caro (já que absorve vários recursos), razões pelas quais devem ser claramente determinados os seus objectivos e os meios disponíveis para os atingir. A este respeito JOHNSTON (2001:376) refere-nos que *“uma organização ao avaliar algo está a comunicar que isso é importante, inversamente ao avaliar tudo, está a informar que nada é importante! Assim, objectivos precisos informam os colaboradores sobre o que a organização espera deles”*.

É importante ficar com a ideia que objectivos fixados podem ser de natureza diversa, distinguindo-se os objectivos organizacionais, os objectivos da equipa, que traduzem os resultados esperados de todo o grupo de trabalho a que o avaliado pertence, e os objectivos individuais que embora sendo algo contingentes, o resultado depende na sua maioria do seu esforço pessoal para os atingir e devem ser encarados como um processo sistémico de construção de conhecimento, considerado actualmente como um dos mais importantes instrumentos estratégicos para a organização, já que não é facilmente replicado pela concorrência, como nos refere CAETANO (2000:6), *“o elemento humano é, no conjunto dos factores organizacionais, o principal factor responsável pela vantagem competitiva de uma organização”*.

Sendo a avaliação do desempenho manifestamente controversa quanto à forma e aos métodos, também os objectivos parecem ser díspares quando se analisam diferentes



autores, tal como nos é resumido por CAETANO (1996) no quadro que seguidamente apresentamos:

Quadro 1 – Objectivos da avaliação do desempenho, na perspectiva de diferentes autores.

Autor	Objectivos da avaliação do desempenho
McGregor (1957)	Fornecer julgamentos que fundamentem aumentos salariais; Permitir promoções e transferências; Dar feedback ao avaliado sobre o seu desempenho; Constituir a base de aconselhamento para o avaliador.
Jacobs et al. (1980)	Disciplinar; Dar feedback e desenvolvimento do avaliado; Promover; Seleccionar; Formar e supervisionar; Desenvolver e efectuar o diagnóstico organizacional.
Levine (1986)	Distribuir salários; Identificar necessidades de formação; Identificar o mérito.
Locher e Teel (1988)	Remunerar; Melhorar o desempenho; Dar feedback ao avaliado.
Cleveland et al. (1989)	Administrar salários; Dar feedback ao avaliado; Identificar pontos fortes e fracos.
Ilgen Schneider (1991)	Tomar decisões relativas aos colaboradores; Dar feedback sobre o desempenho.
Caetano (1996)	Dar feedback da performance do colaborador; Reconhecer o desenvolvimento individual; Decidir sobre remunerações; Identificar deficiências no desempenho.

Fonte: Adaptado de CAETANO (1996).

A determinação precisa dos objectivos da avaliação do desempenho na organização é de vital importância, pois como refere MADDUX (2001:13), eles “*dão-nos um sentido de direcção, uma definição do que planeamos concretizar, e um sentido de realização quando eles são atingidos*”. A este respeito, um dos aspectos positivos da avaliação de desempenho dos enfermeiros (feita de três em três anos) é que, antes do início do novo triénio é elaborado um quadro de referência com os padrões de qualidade, a definição de



normas de actuação profissional e critérios de avaliação do desempenho, que correspondem às metas/objectivos a atingir durante o referido período.

Os objectivos a alcançar com a avaliação do desempenho embora diferindo entre a organização, o avaliador e o avaliado, constituem uma variável dependente da própria política da organização em geral e da política de recursos humanos em particular. Daí podemos dizer, em sentido lato que, os processos de avaliação têm como objectivos permitir condições de avaliação do potencial humano e sua aplicação no desempenho organizacional, permitir o desenvolvimento dos recursos humanos e aumentar a sua produtividade, que consiste resumidamente em conhecer todo o contexto, isto é, as condições familiares, ambientais, políticas, procedimentos e elementos humanos, visando o tal objectivo básico que é a melhoria dos resultados dos recursos humanos na organização.

Tanto a organização como o colaborador desejam a avaliação do desempenho para alcançarem objectivos particulares. Em alguns casos, esses fins ou objectivos são compatíveis, mas em muitos outros não o são, existindo um conflito potencial entre os mesmos. O indivíduo deseja confirmar uma auto-imagem positiva e obter recompensas organizacionais (promoção ou remuneração), por seu lado a organização deseja que os indivíduos sejam receptivos à informação negativa sobre eles próprios de modo a poderem melhorar o seu desempenho e o potencial de promoção. Também deseja que se sintam úteis ao fornecer a necessária informação. O conflito centra-se na permuta da informação válida. Enquanto os indivíduos virem o processo de avaliação como factor importante de influência na recompensa (remuneração, reconhecimento), na carreira (promoção e reputação), ou ainda na auto-imagem, serão relutantes para com o tipo de diálogo aberto requerido tanto por uma avaliação válida como pelo desenvolvimento pessoal. Quanto mais pobre o desempenho do funcionário, maior o potencial de conflito e menor a probabilidade de uma informação válida (BEER, 1993).

Assim de maneira sistematizada, de acordo com CHIAVENATO (1994:267), os objectivos fundamentais da avaliação do desempenho podem ser apresentados em três facetas:

- Permitir condições de medição do potencial humano no sentido de determinar a sua plena aplicação;



- Permitir o tratamento dos recursos humanos como um recurso básico da organização e cuja produtividade pode ser desenvolvida indefinidamente, dependendo, obviamente, da forma de administração;
- Fornecer oportunidades de crescimento e condições de efectiva participação a todos os membros da organização, tendo em vista, de um lado, os objectivos organizacionais e, de outro, os objectivos individuais.

Numa perspectiva de desenvolvimento individual, Drenth (1984), referido por MARQUES (1992), propõe quatro grandes objectivos da avaliação do desempenho na gestão de pessoal:

- Melhorar a produtividade, motivação e desenvolvimento das capacidades pessoais;
- Tomar decisões relacionadas com a organização e gestão de pessoal (salários, prémios, promoções, transferências, etc.);
- Identificar candidatos potenciais para funções de maior responsabilidade;
- Escolher critérios de selecção e treino.

1.5 – A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO

A economia de mercado em que estamos inseridos dá uma importância maior às exigências do consumidor, à livre concorrência e às forças renovadoras sócio-político e económicas, exigindo organizações flexíveis para um ambiente em constante transformação. Essa volatilidade em que vivemos exige em cada momento novos procedimentos, técnicas mais aprimoradas capazes de obrigarem as organizações, num curto espaço de tempo, a abandonarem um “*know-how*” árduamente conseguido e incorporar novas tecnologias capazes de as manter a par das suas congéneres. Neste contexto de desenvolvimento e flexibilidade é importante ter uma força de trabalho capaz de receber e promover as mudanças necessárias, incorporando novos conhecimentos e procedimentos sem impacto destruturador.

Nesse sentido, a escolha adequada de práticas de gestão de recursos humanos parece estar no enalço desses propósitos organizacionais, logo uma correcta gestão do



desempenho através da integração de diferentes processos: mudança de cultura; orientação; avaliação do desempenho; melhoria do desempenho e motivação, parece ter um efeito significativo na performance organizacional, pois como nos refere Armstrong (1989), citado por MOURA (2000:58), *“a gestão do desempenho tem por base guiar, avaliar, desenvolver, motivar e remunerar as pessoas de forma a que estas melhorem os seus resultados e os da organização”*, salientando mais uma vez a importância das pessoas como condição essencial para a vantagem competitiva organizacional. Podemos então dizer que as práticas que apoiam e coordenam o desenvolvimento do potencial das pessoas ganham uma nova importância e tendem a dinamizar-se cada vez de forma mais acelerada.

Entendendo a organização como um sistema socio-técnico, o desempenho de cada colaborador varia enormemente em função de vários factores, pelo que se torna imprescindível a sua avaliação, promovendo e aperfeiçoando desempenhos positivos e corrigindo aqueles que se afastam dos propósitos previamente acordados, já que o desenvolvimento da organização passa pelo desenvolvimento dos seus colaboradores e o desenvolvimento destes pelo da organização, num sistema de feedback positivo.

Assim, avaliação do desempenho constitui uma técnica de gestão indispensável que tende a implementar-se em todas as actividades profissionais, independentemente dos domínios a avaliar, sendo um processo através do qual se podem localizar problemas e/ou obstáculos relacionados com as pessoas nas organizações. De acordo com os problemas ou obstáculos identificados pode-se determinar o desenvolvimento de políticas atinentes às necessidades das pessoas e da organização, numa perspectiva de crescimento colectivo. Nesta linha de pensamento KURCGANT et al. (1991:134), refere que a avaliação de desempenho para além de fomentar o crescimento da organização deve *“possibilitar o conhecimento da potencial humano e subsidiar o desenvolvimento desse potencial”*.

A exigência de mais e melhor, são questões cada vez mais actuais, desde que não descurem a promoção do homem e o respeito pela sua personalidade. Deste modo, a avaliação de pessoal não poderá ser entendida como algo de empírico, mas sim, como um conjunto de acções que assentam em pressupostos bem fundamentados e com objectivos bem definidos, que possibilitem uma avaliação sistemática, lógica e organizada (AMARAL, 1990).



Assim, segundo CHIAVENATO (1994:268), *“um programa de avaliação do desempenho, quando bem planeado, coordenado e desenvolvido, normalmente, traz benefícios a curto, médio e longo prazos. Os principais beneficiários, são geralmente o indivíduo, o chefe, a organização e a comunidade.”*

Segundo o mesmo autor os benefícios para o indivíduo prendem-se com o conhecimento das regras da organização, ou seja os aspectos de comportamento e de desempenho que a organização valoriza nos seus colaboradores; conhecer as expectativas do chefe relativamente ao seu desempenho, conhecendo os seus pontos fracos e fortes segundo a opinião do chefe; conhecer as medidas que o chefe está a tomar no sentido de melhorar o seu desempenho (acções formação, melhoria posto de trabalho etc.) e as que podem ser tomadas pessoalmente por ele com o mesmo objectivo; fazer a sua auto-avaliação e autocritica quanto ao seu desempenho e potencial de desenvolvimento.

Relativamente ao chefe, permite avaliar o desempenho e o comportamento dos seus subordinados, tendo por base factores de avaliação de acordo com os objectivos previamente definidos, tentando ultrapassar factores de subjectividade; propor medidas capazes de promover o aperfeiçoamento e desenvolvimento dos colaboradores no sentido de melhorar o seu desempenho; comunicar com os subordinados proporcionando-lhe a compreensão da avaliação do desempenho como sistema objectivo.

A organização avalia o potencial dos seus colaboradores a curto prazo e define a contribuição de cada colaborador; identifica os colaboradores que necessitam de aperfeiçoamento e/ou reciclagem em determinadas áreas; identifica os colaboradores com condições de promoção ou transferência e dinamiza a sua política de recursos humanos, oferecendo oportunidades aos colaboradores e estimulando a produtividade e melhorando o relacionamento humano no trabalho.

Ainda a respeito da grande importância assumida pela avaliação do desempenho no contexto da organização, MARQUES (1992) considera-a, numa perspectiva de desenvolvimento pessoal, determinante nos níveis motivacionais dos colaboradores; na percepção dos indivíduos entre o que dão à organização e o que dela recebem; nos desafios lançados ao seu desenvolvimento e na avaliação que estes fazem das suas capacidades; enquanto feedback dum período de trabalho.



Então, a avaliação de desempenho como importante instrumento de gestão deve proporcionar o desenvolvimento pessoal e profissional do colaborador, devendo os objectivos individuais ser conciliados com os da organização.

1.6 – DESAFIOS DA AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO

As grandes problemáticas da avaliação de desempenho estão de certa forma associadas aos métodos e instrumentos utilizados, que foram criados e começaram a ser desenvolvidos a partir do início do século XX. *“A gestão dos recursos humanos era vista como um custo o que equivalia a entender as pessoas como um meio, a mão-de-obra, que importa ser gerido ao mais baixo custo e com o máximo de rendimento”* BILHIM (2002:24). Neste período as práticas de gestão dos recursos humanos eram meros processos jurídico-administrativos, sendo a direcção de pessoal levada a cabo por juristas ou militares. Alguns dos estudos feitos neste domínio levaram ao aperfeiçoamento dos métodos e dos instrumentos utilizados, os quais se tem limitado a corrigir limitações dos anteriores, não tendo conseguido chegar a um método totalmente válido e fiável que suporte e fundamente todo o processo de avaliação de desempenho. Como nos refere SILVA (1994:18) *“não encontramos instrumentos totalmente isentos de erro, porém temos uns mais fiáveis do que outros”, mas cada qual com as suas vantagens e desvantagens.*

Assim, as limitações dos métodos existentes tem motivado organizações e estudiosos na procura de soluções mais criativas e inovadoras, tendo surgido nos últimos tempos novos métodos de avaliação do desempenho que lhe imprimem uma nova dinâmica: auto-avaliação e auto-direcção das pessoas, maior participação dos colaboradores no planeamento e desenvolvimento pessoal, foco no futuro e na melhoria contínua do desempenho.

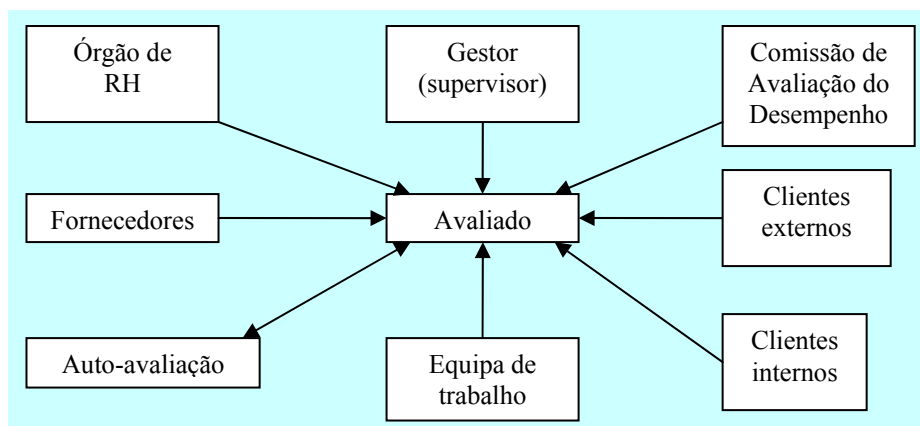
Considerada como uma necessidade organizacional por excelência, a avaliação de desempenho é um auxiliar imprescindível na gestão de recursos humanos daí que CAMARA et al. (2001:353), refira que *“é uma tarefa chave na gestão das pessoas, porque dela decorrem consequências importantes para a retenção, motivação e desenvolvimento dos colaboradores”*, mas nem sempre encarado numa perspectiva convergente, já que algumas organizações a transformaram em processos burocráticos e altamente subjectivos, que mais não servem que para cumprir calendário e fazer alguns “acertos de contas”,



pervertendo por completo a sua natureza construtivista, pois como nos é referido por CAETANO et al. (2000:375), *“os sistemas de avaliação de desempenho são, na maioria das vezes, processos altamente emocionais em que os avaliadores não tem grandes preocupações de exactidão e objectividade”*, verificando-se segundo MOURA (2000:107), *“uma tendência para a atribuição de maior peso aos atributos negativos do que aos atributos positivos, (...), no entanto, essa tendência tende a dissipar-se quando o nível geral de avaliação é elevado”*.

Assim sendo, como reforço dessa ideia e atendendo ao facto da avaliação de desempenho ser um instrumento de gestão polémico e difícil, em virtude do seu grau de subjectividade, ela torna-se menos subjectiva quando voltada para a identificação de resultados do trabalho e não como simples meio de controle do trabalhador, (KURCGANT et al, 1991).

O próprio processo de avaliação é controverso quando se discute quem deve fazer a avaliação, geralmente quem está mais habilitado é o superior hierárquico, mas pode também ser feita pelos colegas do avaliado, pelo próprio ou pelos subordinados quando os houver. Segundo Brentz e Milkovick (1989), citados por CAETANO et al (2000:374), fazendo referência à sua pesquisa nas 100 maiores empresas da Revista Fortune verificaram que, dessas *“só duas recorriam à avaliação de desempenho feita pelo próprio avaliado, três utilizavam as avaliações feitas pelos colegas e nenhuma recorria a avaliação feita pelos subordinados”*. Modernamente, e encetando uma nova dimensão em todo o processo considera-se que a avaliação do desempenho culmina com o balanceamento de várias avaliações (avaliação a 360 graus), conforme se apresenta na figura seguinte:

Figura 4 - Avaliação a 360°.

Fonte: Adaptado de CHIAVENATO (1998:109).

Nesta perspectiva CAETANO et al. (2000:99) referem que “*a noção de 360° significa que os dados do desempenho são recolhidos através de uma variedade de fontes – superiores, subordinados, clientes, fornecedores, etc.*”.

As abordagens behavioristas, cujo expoente máximo podemos considerar Mc Gregor, estudam as organizações numa óptica de trocas aliciantes e de contribuições, muito voltada para as relações internas da organização como se tratasse de unidades absolutas, totais e únicas. A teoria de sistemas preocupa-se com a construção de modelos mais abertos, que interagem dinamicamente com o ambiente interno e externo.

Como é de prever cada uma delas encerra em si vantagens e desvantagens que facilmente entendemos e que são apresentadas no quadro II.



Quadro 2 – Vantagens e desvantagens das diferentes fontes de avaliação de desempenho.

Fontes de avaliação	Vantagens	Desvantagens
Chefe imediato	A estrutura organizacional reforça o direito de ser o chefe imediato a avaliar. Considera-se que é ao chefe imediato que cabe o papel de reforçar o desempenho.	As avaliações são sujeitas a muitos erros de cotação. As avaliações apresentam níveis muito baixos de fidelidade e validade.
Avaliado (auto-avaliação)	Alarga a dignidade e o respeito pelo avaliado. Coloca o chefe no papel de conselheiro. Desenvolvem-se objectivos e planos de acção que resultam do acordo entre o avaliado e o chefe. Aumenta a satisfação do avaliado e da chefia.	Há maior probabilidade das avaliações serem lenientes. Viola as normas tradicionais da relação entre chefe/subordinado.
Colegas	Índices altos de fidelidade e validade. As avaliações resultam de julgamentos independentes.	As avaliações podem ser influenciadas pelas relações pessoais que se estabelecem entre o avaliado e os colegas. O avaliado pode reagir negativamente à avaliação.
Subordina dos (avaliam o chefe)	Mais adequado aos modelos de gestão actualmente sugeridos. As avaliações resultam de julgamentos independentes. Os subordinados têm uma posição diferente para observar o desempenho.	As avaliações podem ser distorcidas porque os subordinados têm medo de represálias. Os subordinados, normalmente, não contactam com todas as tarefas desempenhadas pelo chefe.
Avaliação de 360 graus	Validação dos julgamentos por múltiplas fontes de avaliadores. Desenvolvimento das várias componentes das competências.	Possíveis efeitos perversos se o contexto organizacional não estiver alinhado com os pressupostos deste sistema.

Fonte: Adaptado de CAETANO et al (2000:278).

Conforme referimos no ponto 1.2, será agora oportuno fazer referência à avaliação a 360 Graus, uma das mais recentes. Com uma existência de cerca de 10 anos, vulgarizou-se mais acentuadamente nos últimos cinco e caracteriza-se por cada colaborador ser avaliado pelo leque de actores que afectam e são afectados pelo seu desempenho na organização: superiores, colegas, subordinados, clientes internos e externos e o próprio (auto-avaliação).

Como importante instrumento de gestão de recursos humanos, como temos vindo a referir, a avaliação de desempenho tornou-se numa prática comum de todas (ou quase todas) as organizações, consistindo numa sistemática apreciação do indivíduo no cargo que ocupa, através da análise objectiva das suas funções e posterior comunicação dos resultados. Mas será que o avaliador (quando é o superior hierárquico), faz realmente uma sistemática apreciação do desempenho do indivíduo no cargo? Pelo menos na profissão de enfermagem achamos que não! Senão vejamos: como é que o enfermeiro chefe (avaliador), a trabalhar na sede dum Centro de Saúde pode avaliar, ou melhor, apreciar



sistematicamente o desempenho do seu subordinado (a trabalhar numa extensão de saúde) se passa meses sem contactar funcionalmente com ele? Que análise objectiva é que faz desse colaborador?

Como pode motivá-lo ou ajudar no seu auto-desenvolvimento? Apenas se limita a ler um relatório final e a comunicar um resultado, tal qual como nos refere MADDUX (2001:16), *“frequentemente as avaliações de desempenho são adiadas para o último minuto e então realizadas de forma apressada. Quando isso ocorre os resultados são pobres.”*

Sendo um processo simultaneamente simples e complexo de comunicação em que os seus intervenientes (avaliador e avaliado), mesmo com propósitos comuns tomam atitudes opostas, tem acontecido em alguns casos que apesar da sofisticação dalguns métodos utilizados, os resultados obtidos ficam na sua maioria aquém das expectativas gerando por vezes inúmeras fontes de conflito institucional. Será que os métodos mais sofisticados são usados correctamente? A este respeito JOHNSTON (2001:267), dizem-nos que *“algumas organizações transformaram a avaliação do desempenho numa indústria caseira. Criaram medidas e sistemas que exigem gestão extensiva de tempo e esforço, mas proporcionam pouco benefício em termos de avaliação do desempenho.”*

Ou será que estamos a usar métodos perfeitamente ultrapassados e avaliamos o desempenho apenas porque se tornou *“moda”*?

Assim, segundo ROCHA (1999:129), *“a generalidade das empresas em Portugal usa processos arcaicos de avaliação, sem qualquer participação dos avaliados. A consequência é que muitos programas de avaliação são mais prejudiciais que benéficos, em vez de motivarem os empregados desinteressam-nos do trabalho, contribuindo para a baixa de produtividade”*.

Parece indiscutível que, no actual paradigma de gestão de recursos humanos a avaliação de desempenho é importante porque permite ao mesmo tempo mexer conscientemente numa série de alavancas, mas em simultâneo e de forma não deliberada noutras tantas das quais não podemos prever os seus efeitos, por isso se recomendam alguns princípios a ter em conta na sua implementação:

- Resistir à tentação de integrar um grande sistema de avaliação do desempenho, capaz de servir a todas as necessidades de gestão; um sistema complexo e rígido



pode trazer consistência e uniformidade, mas não se torna prático e adequado à dinâmica humana da organização;

- Permitir vários tipos de feedback ao indivíduo, relativamente ao seu desempenho e evitar factores de avaliação que não conduzem a nada e não agregam qualquer valor;
- Abordar o sistema de avaliação de desempenho como um sistema aberto e orientado para o desempenho futuro (CHIAVENATO, 1987).

Duma forma consciente a avaliação do desempenho permite entre outros aspectos e de acordo com MADDUX (2001:5), trabalhar com objectivos, detectar potenciais individuais e promover o seu desenvolvimento, prever necessidades de formação e assumir por parte da organização o grau de reconhecimento devido a cada colaborador. Por outro lado, os seus efeitos nefastos podem verificar-se quando há a percepção por parte do colaborador de distorções na avaliação individual, destruindo assim a credibilidade do sistema impedindo o mesmo de desempenhar o papel para o qual foi concebido que é motivar os colaboradores que mais e melhor contribuem e se empenham no desenvolvimento da organização e estimular os restantes a melhorar o seu desempenho, os quais já anteriormente tivemos oportunidade de referir mais exhaustivamente. É nesse sentido que SÁ (2000), alega que *“para que a avaliação possa produzir os efeitos desejados, nomeadamente, o de incentivar cada membro da organização a esforçar-se por cumprir os objectivos que lhe são propostos, é imperioso que o sistema seja visto como justo, motivador e o mais objectivo possível”*.

Antes de mais é importante realçar em qualquer organização um clima de justiça e objectividade, que garanta a equidade entre as funções e dê garantias seguras ao avaliado que o seu desempenho não está à mercê e boa ou má vontade do seu avaliador, sendo para isso necessário evitar erros comuns dos quais, segundo CAMARA (1998:258), ROCHA (1999:126) e CAMARA et al. (2001:338), podemos destacar:

- Diferentes padrões de rigor da avaliação – utilização de diferentes critérios entre avaliadores, ou entre departamentos;
- Efeito de halo, resultante do avaliado possuir uma (ou duas) características exageradamente boas ou más que enviesem o juízo geral do avaliador;



- Erro por semelhança, tendência para avaliar como o próprio avaliador foi avaliado;
- Erro de prestígio, tendência para avaliar com base em determinadas características que o avaliador considera importantes;
- Baixa motivação do avaliador, consideração da avaliação como tarefa secundária. Atribuição de avaliações pouco realistas quando dos resultados dependem prémios de mérito;
- Tendência central, propensão para classificar os avaliados da mesma maneira, não diferenciando os diferentes desempenhos com rigor;
- Pressões inflacionistas, coação a que o avaliador é sujeito para atribuir avaliações acima do que deveria ser o rigor da avaliação, por vezes é utilizada para evitar conflitos;
- Decisão prévia sobre a classificação global do desempenho – quando antes de se avaliar já se sabe que todos têm que ter determinado resultado, ou seja o acto de avaliar surge após a avaliação.



2 – A AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO E A ENFERMAGEM

Antes de avançarmos para a avaliação do desempenho dos enfermeiros valerá a pena contextualizar muito sumariamente a profissão de enfermagem no seio dos prestadores de cuidados de saúde.

2.1 – RESENHA HISTÓRICA DA ENFERMAGEM

A enfermagem está ligada à prática de cuidar, função que desde os primórdios dos tempos foi associada à mulher, símbolo de fecundidade e da criança que dá ao mundo, em torno do qual se elaboram todos os rituais do cuidar desde a concepção até ao nascimento. Cabe-lhe cuidar dos filhos e da família na doença, na velhice. Ao homem, detentor de uma força física maior, competia os cuidados relativos ao corpo ferido na pesca, na caça, na guerra (redução de fracturas, imobilizações etc.).

Na idade média com o acesso do cristianismo ao poder do estado, tudo se ergue em torno da fé cristã. A realidade verdadeira do Homem passa a ser a sua alma, renegando o corpo que é visto como fonte de impureza e desprezo, colocando em causa todas as práticas tradicionais de cuidados. Inicia-se então uma luta político-religiosa visando desaparecer com todos os curandeiros e feiticeiros, sendo as mulheres detentoras de todos os saberes relacionados com o tratamento do corpo e a utilização de plantas (peritas em medicina), alvo prioritário dos ataques da igreja.

Mais tarde, a igreja institui que só o corpo sofredor pode ser alvo das práticas de cuidados, já que esse sofrimento irá contribuir para a purificação da alma, nasce a mulher consagrada prestadora de cuidados. Estas agrupavam-se em pequenas comunidades, comprometendo toda a sua vida a Deus e às suas obras - Virgens consagradas, em regime de clausura.

Multiplicam-se as comunidades e congregações de espírito religioso em regime de clausura, o que dificulta os cuidados aos doentes que se encontravam em casa. É com S. Vicente de Paulo, em 1633 que mulheres oriundas da arraia-miúda vão assegurar à população rural actividades polivalentes de prestadoras de cuidados e professoras, (CARAPINHEIRO, 1997). Tornam-se dignas de algum prestígio e influência e ao



contrário das enclausuradas, passam imunes à revolução, já que apenas prestam cuidados aos pobres e desfavorecidos, não lhes sendo por isso reconhecido peso social ou político.

É com a dessacralização do poder político e separação da igreja do estado que no século XIX, surge a enfermeira que imprime a sua imagem na prática de cuidados, mas não lhe sendo reconhecido um domínio específico de conhecimentos.

As descobertas do final do século XIX, no domínio da físico-química permitem uma evolução da medicina sem precedentes, descorando o médico uma série de actividades que passa a delegar nas enfermeiras, começando a despoletar um novo modelo – o de auxiliar do médico.

Segundo ATKINSON (1989:6), “*as primeiras reformas na história da enfermagem devem-se ao trabalhos desenvolvidos por Florence Nightingale, (enfermeira inglesa), na Guerra da Crimeia (1854-1856)*”, que através de processos inovadores (para a época) de higiene sanitária, conseguiu reduzir consideravelmente os mortos por ferimentos de guerra, conquistando respetos consideráveis para a profissão. Mais tarde, (1860) abre em Londres a primeira escola de Enfermagem com um currículo próprio para o curso de Enfermagem.

Foi na década de 60 que em Portugal se deram os primeiros passos para a avaliação do desempenho dos enfermeiros, que segundo SILVA (1994:4), culminaram em 1967 com a institucionalização de um preceito de avaliação do desempenho baseado numa subjectiva informação de serviço dada pelo superior hierárquico, geralmente o enfermeiro chefe.

Com o Decreto-lei nº414/71 de 27 de Setembro define-se que a progressão na carreira deverá ser feita mediante concurso documental de entre os enfermeiros que reúnam os requisitos, entre os quais a avaliação de “*bom e efectivo serviço*”.

Impulsionados pelas convenções e recomendações das organizações internacionais (OMS), aumenta o nível de formação exigido para o ingresso no curso de enfermagem e acautelando a adesão de Portugal à CEE é publicado o primeiro esquema obrigatório de classificação de serviço, conforme exara Decreto-lei nº305/81 de 12 de Novembro regulamentado e estruturado e alterado posteriormente pela Portaria 189-A/84 de 30 de Março e Decreto-lei nº134/87 de 17 de Março respectivamente.



2.2 – CARREIRA DE ENFERMAGEM

O actual sistema de avaliação de desempenho da carreira de enfermagem surgiu com o Decreto-lei n.º 437/91 de 8 de Novembro, que revogou a Portaria n.º 189-A/84 de 30 de Março. Conforme refere o referido diploma, o sistema de avaliação do desempenho agora em vigor *“deixou de ser um mero instrumento de categorização dos avaliados com base em métodos subjectivos, para se tornar num potencial instrumento objectivo, de valorização pessoal e profissional”*.

Essencialmente, preconizou-se que o sistema deveria fomentar uma maior responsabilização dos dois intervenientes no processo de avaliação – avaliador e avaliado – já que a avaliação vai ao encontro dos objectivos previamente definidos pelos dois.

Na prática, pretende-se comparar o realizável e o que se pratica, com o que é desejável, pressupondo a criação de normas de actuação profissional e critérios de avaliação do desempenho, procurando-se assim, atingir um determinado padrão(ões) de qualidade na prestação de cuidados de enfermagem, estabelecidos previamente pela instituição em causa. (Despacho n.º 2/93, de 30 de Março).

Ainda segundo o supracitado diploma, apostou-se num processo de avaliação contínua assente nas seguintes actividades: registos de observação sistemáticos; entrevistas de orientação (inicial e periódicas); elaboração, análise e discussão do relatório crítico de actividades, culminando na atribuição da menção qualitativa (*satisfaz ou não satisfaz*), referente ao triénio.

Nesta perspectiva, pode-se dizer que a avaliação do desempenho constitui um meio e não um fim em si mesma, pois como nos é referido por CARVALHO (1998:191), *“a avaliação deverá contribuir para a efectivação das mudanças e correcções adequadas, tendo em conta as insuficiências detectadas”*. Nesse sentido deve promover um correcto e profícuo desenvolvimento e aperfeiçoamento do enfermeiro, visando um melhor desempenho e consequentemente, a prestação de melhores cuidados (SERRA, 2000).

Conforme mencionado no Decreto-lei n.º 437/91 de 8 de Novembro, a avaliação do desempenho na carreira de enfermagem tem como objectivos primordiais:



- *“Contribuir para que o enfermeiro melhore o seu desempenho, através do conhecimento das suas potencialidades e necessidades;*
- *Contribuir para a valorização do enfermeiro, tanto pessoal como profissional, de modo a possibilitar a sua progressão e promoção na carreira;*
- *Detectar factores que influenciam o rendimento profissional do enfermeiro;*
- *Detectar necessidades de formação.”*

Propósitos da avaliação do desempenho dos Enfermeiros

A avaliação do desempenho requer o empenho das partes de forma a operar as mudanças exigidas, no entanto o seu bom funcionamento requer ainda a:

- Definição de um quadro de referência onde assentem os padrões de qualidade;
- Definição de normas de actuação profissional e critérios de avaliação do desempenho para cada instituição ou serviço.

A elaboração do quadro de referência deve ser da responsabilidade da direcção de enfermagem, envolvendo todos os enfermeiros e tendo em atenção os objectivos organizacionais: Um quadro de referência, deve ter uma orientação para o conceito de serviço e missão da organização, respondendo às seguintes questões:

- Quem somos?
- Quem são os nossos clientes?
- Quais são as nossas crenças e valores?
- De que forma poderemos contribuir para a realização dos objectivos da organização?

Este quadro, é normalmente operacionalizado pelos conceitos de enfermagem, cuidados de enfermagem, homem; saúde e doença e corresponde às metas/objectivos a atingir em termos de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem a nível de um estabelecimento prestador de cuidados de saúde.

Relativamente à definição de normas e critérios de avaliação, podemos considerar duas etapas:



- Definição das normas gerais de actuação profissional, de acordo com os objectivos institucionais e os padrões de qualidade;
- Elaboração de normas e critérios específicos, subordinadas às normas gerais. A sua definição compete a cada unidade de cuidados, tendo em atenção a sua especificidade.

É de realçar o papel da Comissão Técnica de Avaliação, órgão consultivo e normativo (artigo 22º, do Despacho 2/93 de 30 de Março), a quem compete coordenar a elaboração e aplicação das normas de actuação e dos critérios de avaliação do desempenho.

Diferenças substantivas entre o anterior e o actual sistema

O sistema de avaliação do desempenho vigente difere do anterior (Portaria n.º 189-A/84, de 30 de Março), essencialmente em termos de filosofia, terminologia, registos, calendarização, competências da comissão técnica e na atribuição da menção qualitativa.

Assente numa filosofia de avaliação contínua e sustentada por uma efectiva orientação profissional, podemos dizer que a avaliação do desempenho dos enfermeiros deverá ajudar a alcançar ou a manter os padrões de qualidade de cuidados de acordo com o que foi determinado para cada instituição/serviço, diferenciando assim do sistema de avaliação anterior, o qual era baseado em itens de uma folha pré-existente e feita apenas uma vez por ano. No actual processo, que se desenrola por períodos mais alargados (triénios), pressupõe-se uma sistematização seriada de registos importantes, quer pelo avaliador quer pelo avaliado, assim como, o estabelecimento de compromissos entre os dois no sentido da mudança e objectivando atingir um nível de desempenho excelente.

Em termos de terminologia, conforme se pode comparar no quadro seguinte, surgem agora novos termos, os quais parecem trazer uma dimensão mais humanista ao processo.



Quadro 3 – Diferenças terminológicas dos dois modelos de avaliação

Modelo Actual	Modelo Anterior
Avaliação	Notação
Avaliador	Notador
Avaliado	Notado
Relatório critico de actividades	Descrição de funções

A nível da calendarização, são estipulados períodos para a concretização do processo de avaliação, o qual culmina com a entrega e discussão do relatório crítico de actividades referente ao triénio, que deve ser feito até ao dia 31 de Maio do primeiro ano do triénio seguinte.

Relativamente aos objectivos, alguns são comuns aos dois sistemas diferenciando-se noutros, de que são exemplo:

- Proporcionar que cada enfermeiro conheça a opinião que dele têm os seus superiores hierárquicos, para melhorar o relacionamento interpessoal (sistema anterior);
- Detectar factores que influenciam o rendimento profissional do enfermeiro (sistema actual).

No sistema anterior, a classificação de serviço consistia na atribuição da menção qualitativa, que traduzia a pontuação obtida de acordo com o intervalo de valores em que aquela se situava, consoante o quadro 4:

Quadro 4 – Relação entre pontuação obtida e menção qualitativa

Pontuação	Menção qualitativa
2 e 3	Não Satisfatória
4 a 5	Regular
6,7 e 8	Bom
9 e 10	Muito Bom



Actualmente a avaliação de desempenho é expressa apenas nas menções qualitativas de *Satisfaz* e *Não Satisfaz*, não havendo qualquer referência quantitativa.

A metodologia utilizada no sistema anterior tinha por base a entrevista individual, em que o enfermeiro notador dava a conhecer a ficha de notação ao enfermeiro notado. No sistema actual, a avaliação do desempenho efectiva-se com base nos registos de observação e orientação, bem como pelo relatório crítico de actividades, elaborado pelo avaliado ao longo de cada triénio.

No que respeita à composição, nomeação e atribuições da comissão técnica de avaliação, existem bastantes diferenças, sendo que antes era composta por quatro enfermeiros, sendo dois representantes da administração da instituição e dois representantes dos enfermeiros notados. No actual sistema, é composta pelo enfermeiro director que preside, e quatro vogais (enfermeiros), dos quais um é representante da administração, outro representa a estrutura de formação permanente e os responsáveis pela formação de serviço, e dois eleitos no início de cada triénio pelos enfermeiros avaliados.

Enquanto a comissão técnica no sistema precedente era o órgão consultivo do órgão máximo do estabelecimento ou serviço, para efeitos de classificação de serviço. No sistema em vigor, as funções da comissão técnica vão mais além, conforme descreve o artigo 22 do Despacho 2/93 de 30 de Marco:

- *Coordenar a elaboração e a aplicação das normas de actuação e dos critérios de avaliação do desempenho para o estabelecimento ou serviço e unidades de cuidados;*
- *Assegurar a aplicação homogénea dos princípios de orientação e avaliação do desempenho dos enfermeiros;*
- *Participar na elaboração de orientações e instruções consideradas necessárias para o processo de orientação e de atribuição da menção qualitativa;*
- *Emitir pareceres sobre dúvidas ou questões suscitadas no âmbito das suas atribuições e sobre eventuais recursos;*
- *Emitir recomendações sobre a necessidade de formação dos enfermeiros, de acordo com os projectos de desenvolvimento da qualidade dos cuidados de enfermagem e os objectivos do estabelecimento ou serviço;*



- *Elaborar o seu regulamento interno.*”

Parece-nos então, que o sistema anterior era mais simplista na atribuição da classificação. Possuía, no entanto, estímulos diferentes pela possibilidade de maior diferenciação qualitativa dos enfermeiros, como também possibilitava a redução de tempo de permanência no escalão da categoria que detinha, conforme o artigo 10º do Decreto-Lei n.º 178/85 de 23 de Maio.

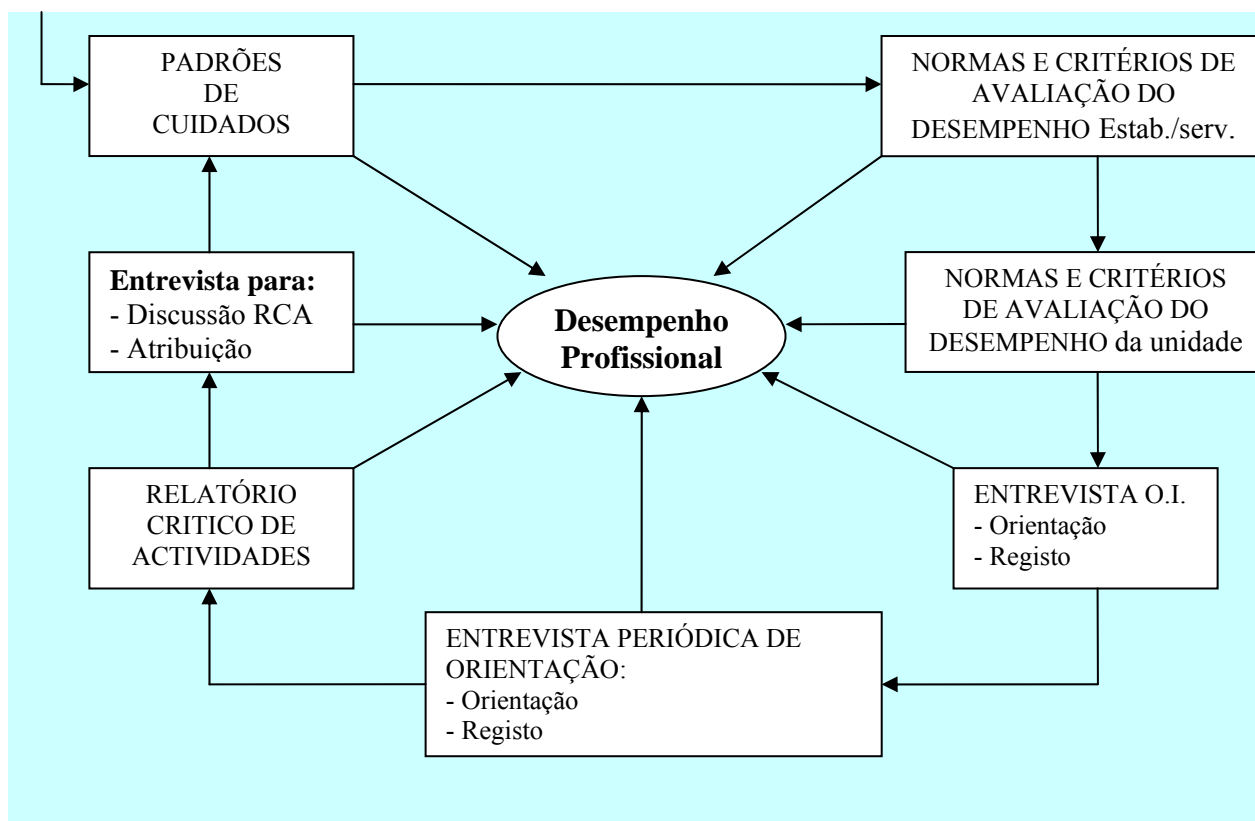
O sistema actual atribui maior responsabilidade ao enfermeiro no desenvolvimento do seu desempenho, o qual é traduzido no compromisso com o avaliador, sendo-nos referido por LAWSON (1993:11) que, *“o método de avaliação tende a tornar-se mais aberto, dialogante e mais virado para o desempenho, do que para qualidades pessoais”*. Por outro lado, a informação contínua acerca do desempenho das suas funções permite-lhe tomar consciência do seu aperfeiçoamento e da menção qualitativa que lhe será atribuída.

Elementos processuais da avaliação do desempenho

A efectiva avaliação do desempenho dos enfermeiros socorre-se de alguns métodos e técnicas, procurando ajudar o enfermeiro avaliador a observar e a comunicar com o enfermeiro avaliado, criando meios que facilitem a avaliação desejada, sendo por isso essenciais à avaliação do desempenho: os registos de observação, as entrevistas iniciais e periódicas, o relatório crítico de actividades, culminando com a atribuição da menção qualitativa.

Para a concretização do processo da avaliação do desempenho é necessário a existência de uma série de preceitos que vão desde os padrões de qualidade, normas de actuação e critérios de avaliação que corresponderão ao desempenho desejado. Assim a avaliação do desempenho é um processo formal, contínuo, duradouro e evolutivo (dinâmico), logo envolvendo metodologia científica conforme se representa no esquema seguinte:

Figura 5 – Sistema de avaliação do desempenho na carreira de enfermagem



Fonte: Adaptado de SILVA (1993:70).

Registos de Observação

Segundo SILVA (1995:39), “a observação do desempenho constitui um método sistemático de colheita de dados, caracterizado pelo facto do observador (enfermeiro chefe) ser capaz de identificar quais os aspectos da actividade do observado (enfermeiro avaliado) que são significativos para o alcance dos seus objectivos”. Por isso, tanto o avaliador como o avaliado devem conhecer os objectivos da instituição, do serviço e os preceitos para os atingir.

A observação do desempenho deve incidir sobre a actuação profissional do avaliado, respeitando o conteúdo funcional da sua carreira, conforme expresso no REPE (Decreto-lei nº161/96 de 04 de Setembro), direccionado à respectiva categoria profissional, mas considerando também os padrões, normas e critérios previamente definidos para a instituição/serviço, pois como nos refere SILVA (1993:67), “o que o enfermeiro avaliador



deve observar não é a pessoa do avaliado, mas o seu desempenho, isto é, o que faz, onde faz, a quem faz, quando faz, porque faz, com quem faz e como faz”.

Os registos de observação devem ser norteados pelo acompanhamento contínuo do desempenho profissional do avaliado. Não devem portanto, ser encarados como uma anotação de faltas, deficiências ou dificuldades do avaliado, susceptíveis de influenciar negativamente na avaliação, mas sim um método de acompanhamento efectivo, apoiando-o, aconselhando-o, orientando-o, muito embora se note uma certa tendência para uma maior valorização dos factores negativos do que os positivos, podendo enviesar o comportamento do avaliado ao longo do triénio. Se um chefe identificar erros para simplesmente procurar justificar apreciações negativas poderá estar a destruir um ambiente de trabalho. A avaliação do desempenho encarada desta forma terá certamente efeitos contrários aos pretendidos (SEP, 1993).

Os registos de observação devem ainda permitir o estabelecimento ou o aumento da relação de ajuda entre o avaliador e avaliado, de forma a contribuir para a identificação de problemas e necessidades, bem como, em parceria, encontrarem o melhor caminho para a sua resolução.

Basicamente podemos dizer que os esforços empreendidos pelo enfermeiro avaliador na realização dos registos de observação do desempenho do avaliado se devem centrar na componente da orientação, pois estes a serem realizados só com intuito de avaliação trarão, por certo, efeitos negativos para o desempenho, (DUARTE, 1993).

Entrevistas e orientação

O processo de orientação desenvolve-se em duas fases distintas. Dando início ao processo de avaliação do triénio, o enfermeiro avaliador realiza com cada um dos seus avaliados uma primeira entrevista – *Entrevista de orientação inicial*.

Posteriormente, pelo menos no final de cada ano do triénio considerado deverá ser realizada uma outra entrevista – *Entrevista de orientação periódica*, ordinária podendo ainda haver lugar a extraordinárias.

Tanto na entrevista de orientação inicial como nas entrevistas periódicas o avaliador deverá exercer um papel de formador, para além da sua função de avaliar. É dada ao



avaliado a possibilidade de participar no planeamento do seu percurso trienal, mas também de conhecer previamente os aspectos do seu desempenho que irão estar sujeitos a observação, sendo-lhe ainda dada a oportunidade de solicitar orientação em função das necessidades individuais, visando a melhoria do seu desempenho.

O conteúdo de cada uma dessas entrevistas vem referido no Despacho 2/93 de 30 de Março, conforme se apresenta no quadro seguinte:

Quadro 5 – Objectivos das entrevistas de orientação inicial e periódicas

Entrevista de orientação inicial	Entrevista de orientação periódica
Integrar o enfermeiro avaliado na filosofia, objectivos e métodos de trabalho do estabelecimento, serviço ou unidades de cuidados	Ajudar o enfermeiro avaliado a seleccionar estratégias e meios atinentes à optimização das suas capacidades.
Ajudar na interpretação das normas de actuação profissional e dos critérios de avaliação do desempenho estabelecidos para o triénio	Promover o desenvolvimento da capacidade de auto-avaliação.
Definir os papéis e as acções a desenvolver no processo de orientação periódica por cada um dos intervenientes	Promover a autonomia do desempenho profissional e participação no trabalho em equipa.
Motivar o enfermeiro avaliado para elaborar o seu projecto profissional bem como o plano de acção anual, tendo em consideração o estabelecido nas alíneas anteriores	Facilitar o desenvolvimento do projecto profissional do enfermeiro avaliado e a sua harmonização com os objectivos, projectos e funcionamento do respectivo estabelecimento ou serviço.
Ajudou-me na clarificação de papéis e nas acções a desenvolver no processo de orientação por cada um dos intervenientes.	
Motivou-me para a elaboração do meu projecto profissional e plano de acção anual.	

A entrevista periódica de orientação formaliza o processo de avaliação contínua do desempenho profissional, visando o desenvolvimento do enfermeiro avaliado numa perspectiva pessoal e profissional, constituindo-se num momento de aconselhamento, formação e avaliação. Deve ser preparada com base nos registos de observação do desempenho, tendo em conta:

- As actividades realizadas que integram o conteúdo funcional da categoria do enfermeiro avaliado;
- As normas de actuação profissional e os critérios de avaliação do desempenho estabelecidos;



- Os objectivos estabelecidos para o desempenho do enfermeiro avaliado, para o período considerado.
- Durante a entrevista, os dois intervenientes devem:
- Analisar, comparar e discutir o desempenho profissional do enfermeiro avaliado;
- Analisar o projecto profissional, bem como o plano de acção estabelecido pelo enfermeiro avaliado para o período em causa;
- Elaborar o plano de acção conjunto para o período seguinte;
- Registrar o resumo da entrevista no impresso de orientação.

A realização de entrevistas periódicas de orientação deve ser comunicada ao enfermeiro avaliado com uma antecedência mínima de quinze dias, não podendo ser objecto de qualquer menção qualitativa ou quantitativa. O resumo das entrevistas de orientação periódica é assinado conjuntamente pelos dois intervenientes.

Para DUARTE (1993), as entrevistas de orientação realizam-se entre o avaliador e o avaliado, com três objectivos fundamentais:

- Analisar em conjunto o trabalho realizado no período anterior;
- Definir e redefinir objectivos e padrões de desempenho específicos para o período seguinte;
- Identificar acções de formação e desenvolvimento profissional adequadas ao trabalhador apreciado.

De acordo com o mesmo autor considera-se que, antes de uma entrevista de orientação o avaliado deve reflectir sobre as seguintes questões:

- Principais tarefas e responsabilidades inerentes à sua categoria profissional;
- Capacidades necessárias para as realizar;
- Áreas de actuação em que pode melhorar o seu desempenho e como o conseguir;
- O que gosta de fazer e os seus pontos fortes.

Relativamente ao avaliador, DUARTE (1993), refere-nos que este deve preparar-se para a entrevista de orientação, recorrendo sempre aos registos de observação de



desempenho do avaliado bem como às orientações dadas. Após a entrevista deve estar apto para responder às seguintes questões:

- Os padrões de desempenho e objectivos devem manter-se para o próximo período ou devem ser revistos com o acordo do avaliado?
- Que tarefas, atribuições e responsabilidades foram excepcionalmente bem executadas pelo avaliado?
- Que atribuições, tarefas e responsabilidades não foram tão bem realizadas?
- Quais são os pontos fortes do avaliado?
- Que capacidades e comportamentos do avaliado requerem melhoria?
- O que posso fazer para ajudar o avaliado a melhorar os seus resultados e adoptar os comportamentos mais adequados?
- Que actividades de formação/desenvolvimento são adequados ao avaliado?

Concluída a entrevista, compete ao avaliador fazer, em impresso próprio, o resumo daquilo que foi analisado, indicando as conclusões quanto a planos de trabalho e de desenvolvimento individual do avaliado.

Relatório Crítico de Actividades

O *Relatório Crítico de Actividades* deve traduzir-se numa apreciação crítica do desempenho da actividade profissional nas suas componentes científica, técnica e relacional. Embora deva conter alguns aspectos conforme o previsto no texto legal (Anexo 8), é um documento personalizado redigido sob responsabilidade do enfermeiro avaliado, mas que influencia e é influenciado pelo avaliador.

O *Relatório Crítico de Actividades* consiste numa rigorosa descrição dos factores mais relevantes do desempenho das funções realizadas, no sentido do seu aperfeiçoamento ou desenvolvimento, tendo em vista orientar o destinatário numa determinada acção, ou seja, preparar o acto da decisão.

Conforme se pode constatar (Anexo 8), a primeira parte do Relatório Crítico de Actividades é referente á análise do trabalho realizado no período anterior. Na segunda faz-



se a análise das condicionantes organizacionais e pessoais à realização do trabalho, dando sugestões de melhoria de forma a que o trabalho possa melhorar.

As fontes para a elaboração do documento são constituídas pelos registos feitos nas entrevistas de orientação, bem como nas notas pessoais que o avaliado deve ir compilando atempadamente.

No Despacho 2/93 de 30 de Março, é descrito que a folha de rosto do relatório crítico de actividades deve conter a identificação do estabelecimento ou serviço, nome e categoria do enfermeiro avaliado, período a que se reporta e espaços para a atribuição da menção qualitativa, para o despacho de homologação e para as assinaturas dos enfermeiros avaliadores e avaliado. O verso da folha de rosto destina-se à fundamentação da atribuição da menção qualitativa.

Atribuição da menção qualitativa

A menção qualitativa, para além dos factos descritos no relatório Crítico de Actividades, fundamenta-se nos registos periódicos de observação do desempenho do avaliado, relativamente a todos os parâmetros que integram o conteúdo funcional da categoria respectiva, em situações diversificadas e nos registos das entrevistas periódicas de orientação. Conforme o Despacho 2/93 de 30 de Março, *“a atribuição da menção qualitativa é o resultado da avaliação contínua da actuação do enfermeiro avaliado, centra-se no conteúdo funcional de cada categoria profissional e é referenciada pelas normas de actuação e pelos critérios de avaliação de desempenho estabelecidos para o triénio no estabelecimento, serviço ou unidade de cuidados”*.

O mesmo diploma refere que a menção qualitativa de *Satisfaz* é atribuída quando não se verifique qualquer das situações previstas no número 1 do artigo 49º do Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro, na sequência da apreciação do relatório crítico de actividades desenvolvidas no período de serviço a que se reporta a avaliação do desempenho.

Para efeitos da atribuição da menção qualitativa de *Não Satisfaz*, prevista também no mesmo Decreto-Lei consideram-se as situações de deficiente desempenho do conteúdo funcional da respectiva categoria profissional e de insuficiente ou deficiente relacionamento com o utente, famílias, grupos ou comunidade e pessoal do respectivo local



de trabalho, mediante informações fundamentadas sobre factos comprovados. A menção qualitativa de *Não Satisfaz* determina que o período a que respeita, não seja considerado para efeitos de progressão ou promoção na carreira.

Reclamações e recurso

O enfermeiro avaliado, caso discorde da avaliação realizada, traduzida na atribuição da menção qualitativa de *Não Satisfaz* dispõe de possibilidade legal para recorrer, em primeiro lugar para os enfermeiros avaliadores, em segundo lugar para a Comissão Técnica de Avaliação, através do órgão máximo do estabelecimento e, finalmente, para o membro do Governo competente.





INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

“é um processo onde se fazem observações para compreender melhor um fenómeno a estudar (...). As observações deste tipo de investigação podem ser utilizadas para construir explicações ou teorias mais adequadas.”

HILL (2002:19)





3 – METODOLOGIA

“deve descrever pormenorizadamente o estudo realizado. A descrição apresentada deve ser tal que qualquer pessoa, com base nessa informação, possa replicar o estudo.”

D’OLIVEIRA (2002:57)

O presente estudo orienta-se no sentido de conhecer/avaliar a percepção dos enfermeiros relativamente aos contributos da avaliação do desempenho, através da análise de algumas variáveis que podem influenciar nesses contributos.

Para além do objectivo anteriormente delineado, determinámos ainda para a presente investigação e segundo a percepção dos enfermeiros, os seguintes objectivos específicos:

- Perceber em que medida o actual modelo de avaliação do desempenho contribui para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e para a melhoria da prestação de cuidados;
- Verificar em que medida as variáveis socioprofissionais estão relacionadas com a percepção dos contributos da avaliação do desempenho para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e para a melhoria da prestação de cuidados;
- Relacionar os contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros com os contributos fornecidos para a melhoria da prestação de cuidados;

No sentido de se compreender melhor o estudo a desenvolver, começar-se-á por apresentar a questão de investigação e as hipóteses que se pretendem testar. Apresentar-se-á também a metodologia adoptada, especificando os critérios de selecção da amostra, as suas características principais, as variáveis em estudo, a validação e apresentação do instrumento de recolha de dados utilizado e os procedimentos para a colheita dos mesmos.



3.1 – QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESES

O ponto de partida para a investigação resulta duma preocupação, um mal-estar do investigador, relativamente a um assunto/fenómeno que lhe exige uma melhor explicação e/ou compreensão. Nesse sentido torna-se necessário delimitar o assunto e direccioná-lo para aquilo que se pretende estudar (objectivos), daí importância em formular a questão de investigação, a qual parece congrega toda a fase conceptual. Ainda que provisória, ela dará a orientação primordial necessária para a revisão da literatura, permitindo situar o investigador no domínio do conhecimento actual. A questão de investigação, segundo FORTIN (1999:101), *“é um enunciado interrogativo, escrito no presente que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar”*.

Num momento particularmente delicado para toda a Administração Pública, a qual é considerada dispendiosa, ineficiente e avessa ao mercado e aos cidadãos (CAMPOS, 2003), quisemos saber em que medida a avaliação do desempenho (instrumento caro, oneroso e de difícil implantação), (JOHNSTON, 2001), tem contribuído para a melhoria da prestação de cuidados de saúde, nomeadamente de enfermagem, pressupondo também um efectivo desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros. Foi nesse sentido que formulamos a nossa questão de investigação.

Questão de investigação: Quais os contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e para a melhoria dos cuidados de saúde prestados, e em que medida os contributos percepcionados estão relacionados com as variáveis socioprofissionais?

Numa semântica de unificação entre a problemática do estudo e os objectivos surgem-nos as hipóteses, as quais de acordo com a teoria predizem as relações entre as variáveis.

Apoiados na revisão da literatura, e na experiência profissional, formulamos seis hipóteses, de modo a responder à questão de investigação anteriormente enunciada.

Dado considerarem-se dois momentos distintos na variável dependente, sendo os contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para o desenvolvimento pessoal e



profissional dos enfermeiros e outro para a melhoria dos cuidados prestados, cada hipótese é formulada globalmente e dividida em a) e b) que correspondem às hipóteses a testar.

Hipóteses:

A prossecução do processo de avaliação do desempenho dos enfermeiros exige, pelo menos em cada triénio, a elaboração de normas de actuação e critérios de avaliação para cada unidade/serviço. Estes devem estar em consonância com cada projecto profissional dos enfermeiros e com os objectivos organizacionais, servindo de suporte para avaliação de cada profissional.

A participação activa de cada enfermeiro na elaboração dessas normas e critérios implica-o em todo o processo, comprometendo-o e colocando-lhe na mão o controle das suas práticas de modo a que possa atingir um nível de excelência na prestação de cuidados (SERRA, 2000). De acordo com a teoria formulámos a nossa primeira hipótese de investigação:

Hipótese 1: *Há diferenças estatisticamente significativas na percepção dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho, em função da participação dos enfermeiros na definição de normas de actuação e critérios de avaliação para a unidade/serviço.*

H₁ a) *Há diferenças estatisticamente significativas na percepção dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, em função da sua participação na definição de normas de actuação e critérios de avaliação para a unidade/serviço.*

H₁ b) *Há diferenças estatisticamente significativas na percepção dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para a melhoria dos cuidados prestados, em função da participação dos enfermeiros na definição de normas de actuação e critérios de avaliação para a unidade/serviço.*

A avaliação do desempenho é um meio para fazer o levantamento de necessidades de formação, as quais deverão proporcionar um contributo importante para o desenvolvimento e actualização profissional. No domínio do tema “avaliação do desempenho” deve familiarizar os enfermeiros com todo o processo, proporcionando-lhes simultaneamente



uma melhor visibilidade, explicitação e clareza dos seus mecanismos e dos seus objectivos. Nesse sentido enunciamos a seguinte hipótese:

Hipótese 2: *A percepção dos enfermeiros relativamente aos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho, varia em função da frequência de acções de formação sobre o tema “avaliação do desempenho”.*

H₂ a) *Há variações estatisticamente significativas na percepção dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros em função da frequência de acções de formação sobre o tema “avaliação do desempenho”.*

H₂ b) *Há variações estatisticamente significativas na percepção dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para a melhoria dos cuidados prestados em função dos enfermeiros terem ou não frequentado acções de formação sobre o tema “avaliação do desempenho”.*

Decorrente dos objectivos (prevenção e promoção de saúde), da organização (referimo-nos às extensões de saúde, onde não há um verdadeiro contacto funcional entre avaliado e avaliador) e estrutura dos centros de saúde, facilmente se percebe que a sua realidade é distinta da realidade hospitalar.

Tendo presente que a avaliação do desempenho deve promover o desenvolvimento pessoal e o aperfeiçoamento profissional, (BERGAMINI, 1998; RODRIGUES, 1998; BACAL, 1999; BILHIM, 2002), concretamente na saúde, melhorando a prestação de cuidados, sugere-nos que formulamos a seguinte hipótese

Hipótese 3: *Os enfermeiros percebem que os contributos fornecidos pela avaliação do desempenho são diferentes, consoante trabalham em hospitais ou centros de saúde.*

H₃ a) *Há diferenças estatisticamente significativas na percepção dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, consoante trabalham em hospitais ou centros de saúde.*

H₃ b) *Há diferenças estatisticamente significativas na percepção dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para a melhoria dos cuidados prestados, consoante os enfermeiros trabalham em hospitais ou centros de saúde.*



De acordo com o Decreto-lei nº 437/91 de 8 de Novembro, revogado pelo Decreto-lei nº 412/98 de 30 de Dezembro, a Carreira de Enfermagem obedece a uma hierarquia que na prestação de cuidados vai desde a categoria de enfermeiro, passando por enfermeiro graduado até enfermeiro especialista. Nesta hierarquia, os enfermeiros especialistas são os que detêm a maior abrangência em termos de prestação de cuidados, requerendo-lhe também o maior e mais diversificado corpo de conhecimentos, que vai decrescendo na hierarquia.

Nesse sentido, às exigências duma formação diferente graças a mudanças no seu perfil de desempenho profissional (OE, 2004), é de esperar que haja entre as diferentes categorias, diferenças na forma como percebem os contributos da avaliação do desempenho, o que nos levou a formular a hipótese que se segue:

Hipótese 4: *Existem diferenças estatisticamente significativas na percepção dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho, em função da categoria profissional do enfermeiro.*

H₄ a) *Existem diferenças estatisticamente significativas na percepção dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para o desenvolvimento pessoal e profissional, em função da categoria profissional do enfermeiro.*

H₄ b) *Existem diferenças estatisticamente significativas na percepção dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para a melhoria dos cuidados prestados, em função da categoria profissional do enfermeiro.*

A avaliação do desempenho deve definir o grau de contribuição de cada colaborador para a organização; identificar os colaboradores que possuem qualificação superior à requerida pelo cargo; identificar em que medida os programas de formação tem contribuído para a melhoria do desempenho dos colaboradores; promover o auto-conhecimento e auto-desenvolvimento dos colaboradores; obter subsídios para redefinir o perfil requerido dos ocupantes dos cargos, para remuneração e promoção e para elaboração de planos de acção para desempenhos insatisfatórios (GIL, 1994). Depreende-se daí, que a avaliação do desempenho é um meio para alcançar diferentes objectivos congruentes com os desejos organizacionais e compromisso dos colaboradores.

Atendendo aos objectivos da avaliação (identificar deficiências no desempenho, identificar necessidades de formação, dar feedback sobre o desempenho, melhorar o



desempenho, etc...) (CAETANO, 1996), a um desenvolvimento contínuo e progressivo ao longo da actividade profissional é de esperar que os enfermeiros que detenham maior número de avaliações apresentem um melhor desenvolvimento pessoal e profissional. Assim formulamos a seguinte hipótese:

Hipótese 5: *A percepção dos enfermeiros acerca dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho está correlacionada com o número de avaliações a que foi sujeito.*

H₅ a) *Há correlação estatisticamente significativa na percepção dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e o número de avaliações a que foi sujeito.*

H₅ b) *Há correlação estatisticamente significativa na percepção dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para a melhoria dos cuidados prestados e o número de avaliações a que o enfermeiro foi sujeito.*

Segundo o Decreto-lei nº 437/91 de 8 de Novembro, revogado pelo Decreto-lei nº 412/98 de 30 de Dezembro, a avaliação do desempenho deve fomentar o aperfeiçoamento profissional do enfermeiro, assim também o seu desenvolvimento como pessoa.

Por outro lado, como instrumento de gestão, deve promover uma acção correctiva sobre os factores que conduzem a desvios negativos, sem pôr de lado a sua natureza humana, a filosofia de contínuo aperfeiçoamento e desenvolvimento de recursos humanos, que lhe deve estar subjacente. Nesse sentido, a avaliação do desempenho dos enfermeiros tem como objectivo o seu desenvolvimento profissional, conduzindo dessa forma a melhorias efectivas na prestação de cuidados (ALMADA, 1995).

A revisão da literatura aponta a avaliação do desempenho como um meio para o desenvolvimento dos recursos humanos da organização, no entanto ainda há pouco tempo ela servia apenas, como mero suporte para as decisões administrativas organizacionais. Só recentemente se ampliaram os seus objectivos para um novo domínio, relacionado com o fornecimento de feedback ao colaborador sobre o seu desempenho, no intuito de promover o seu desenvolvimento pessoal e aperfeiçoamento profissional (CLEVELAND et al, 1992). Em conformidade com isso, elaboramos a seguinte hipótese:



Hipótese 6: *Existem relações estatisticamente significativas na percepção dos enfermeiros sobre os contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para o seu desenvolvimento pessoal e profissional e a melhoria nos cuidados prestados.*

Tendo em conta as variáveis apontadas como de maior importância para a compreensão desta temática, o estudo será complementado com a análise exploratória da variação dos contributos em termos de melhorias na prestação de cuidados, mas também a nível pessoal e profissional em função das variáveis atributo: sexo, idade, assim como relativamente às variáveis socioprofissionais: habilitações literárias/académicas, categoria, tempo de exercício profissional, instituição em que trabalha, número de vezes que já foi avaliado, a frequência de acções de formação sobre a temática em apreço e a participação na definição de normas e critérios para a instituição/serviço.

3.2 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

De acordo com FORTIN (1999:202), população alvo “*são os sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios*”, assim no presente estudo, a população alvo é constituída pelos enfermeiros que desempenham actividades nas unidades de saúde do distrito de Aveiro, nomeadamente nos Centros de Saúde dependentes dessa Sub-região de Saúde e nos Hospitais exclusivamente públicos do mesmo distrito. Escolhemos o distrito de Aveiro por ser aquele onde sempre exercemos a nossa actividade profissional, revestindo-se por isso de especial importância pessoal e profissional.

Por dificuldades de acessibilidade, e uma vez que não há tradição na aplicação do modelo de avaliação do desempenho (vigente para os serviços públicos), nas unidades de saúde particulares, delimitou-se o estudo unicamente às instituições públicas de saúde (Centros de Saúde e Hospitais), excluimos ainda os Hospitais S.A, ou E.P.E., já que estes estão sujeitos a um outro regime jurídico que regulamenta o seu funcionamento, com regras próprias e específicas, por vezes diferentes de instituição para instituição. Desta forma poderemos dizer que a população alvo do nosso estudo é constituída por 831 enfermeiros, pertencentes aos 7 Hospitais (exclusivamente públicos) e aos 19 Centros de Saúde do distrito de Aveiro, e que pertencendo ou não aos quadros da instituição, já foram pelo menos uma vez, sujeitos a avaliação (do desempenho dos enfermeiros) segundo o método actual. Os enfermeiros chefes não serão contabilizados neste estudo, já que não



estão ligados à prestação directa de cuidados, mas também porque a sua avaliação é feita noutro âmbito, que se enquadra no nível de pessoal dirigente.

No que concerne à amostra da população, esta foi encontrada por amostragem aleatória estratificada para cada grupo de instituições, que segundo FORTIN (1999:206), *“é uma variante da amostragem aleatória simples e que consiste em dividir a população alvo em subgrupos homogéneos”*, neste caso de entre os enfermeiros que desempenham a sua actividade profissional na Administração Pública, nomeadamente em Hospitais e Centros de Saúde afectos à Sub-Região de Saúde de Aveiro, contando com profissionais dos dois grupos de instituições. Considera-se que desta forma se consegue uma amostra livre de enviesamentos e representativa da população de referência, por conseguinte válida para efeitos de estatística inferencial.

Depois quisemos obter sujeitos dos Hospitais e Centros de Saúde, procurando garantir a representatividade e proporcionalidade de ambos de modo que o seu número nos dois grupos de instituições fosse aproximado. Dessa forma, procedemos a uma estratificação de 40% por cada grupo de instituições. Assim, a nossa amostra seria constituída por 182 enfermeiros dos Hospitais ($456 \times 0,4$), e 150 dos Centros de Saúde ($375 \times 0,4$).

Nesse sentido, após separados os dois grupos e devidamente baralhados, começamos por retirar aleatoriamente instituições até perfazermos o numero de sujeitos necessários a cada grupo, tendo sido escolhidos 3 Hospitais, com um total de 176 enfermeiros, sendo eles (pela ordem com que foram seleccionados): Hospital José Luciano de Castro (Anadia), o Hospital de São João da Madeira e Hospital Visconde de Salreu (Estarreja). Dos Centros de Saúde, seleccionamos 8 com um total de 147 enfermeiros, que passamos a mencionar (pela ordem com que foram seleccionados): Centro de saúde de Sever do Vouga, Centro de saúde de Espinho, Centro de saúde de Estarreja, Centro de saúde de Vale de Cambra, Centro de saúde de Oliveira de Azeméis, Centro de saúde de Albergaria-a-Velha, Centro de saúde de Anadia e Centro de saúde de Aveiro, cuja distribuição geográfica podemos observar no anexo 7. É de salientar que o numero de sujeitos está ligeiramente abaixo do inicialmente previsto (40%), no entanto mantivemos a proporcionalidade da estratificação, agora de (39%). Isto aconteceu porque o número de sujeitos das instituições seleccionadas



estava muito próximo do inicialmente previsto e caso seleccionássemos outra instituição o valor seria mais dispar do que este.

3.3 – OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

No desenho mental da nossa investigação, desde logo idealizamos a construção de um instrumento de recolha de dados fundamentado na redacção do Despacho 2/93, de 30 de Março, que regulamenta o processo de avaliação do desempenho dos enfermeiros, já que não encontramos qualquer investigação neste domínio que utilizasse metodologia quantitativa na forma de abordagem que quisemos fazer sobre a avaliação do desempenho.

As variáveis do estudo foram seleccionadas em função da questão de investigação e das hipóteses formuladas.

Variável dependente

Para FORTIN (1999:37), a variável dependente “*é aquela que sofre o efeito esperado da variável independente*”, sendo por isso também designada por “*variável critica*” ou “*variável explicada*”.

Atendendo aos vários propósitos da avaliação do desempenho, podemos dizer que os seus contributos se podem verificar a vários níveis, no entanto eles convergem para um fim comum ou “*objectivo maior*” que parece ser melhorar os cuidados prestados, os quais são afectados ou explicados em função das mudanças da variável independente. Nesse caso, escolhemos como variável dependente e central do nosso estudo e que constitui o núcleo da questão de investigação: *os contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e para a melhoria da prestação de cuidados*.

Segundo D’OLIVEIRA (2002:69), “*a apresentação da variável dependente deverá incluir a sua operacionalização e descrição*”. Assim, atendendo à sistematização e continuidade do processo de avaliação do desempenho dos enfermeiros por triénios, contaríamos com seis dimensões para operacionalizar a variável dependente, sendo elas: Entrevista de orientação inicial, entrevista de orientação periódica, conteúdo da entrevista de orientação periódica, interacção na entrevista de orientação periódica, relatório crítico de actividades e menção qualitativa, em que cada uma delas é composta por várias asserções (Despacho 2/93 de 30 de Março), como a seguir se apresenta:



1. Entrevista de orientação inicial

- a) Permitiu integrar-me na filosofia, da instituição/serviço;
- b) Permitiu integrar-me nos objectivos da instituição/serviço;
- c) Permitiu integrar-me nos métodos de trabalho da instituição/serviço;
- d) Apoiou-me na interpretação das normas de actuação e critérios de avaliação estabelecidas;
- e) Ajudou-me na clarificação de papéis e nas acções a desenvolver no processo de orientação por cada um dos intervenientes;
- f) Motivou-me para a elaboração do meu projecto profissional e plano de acção anual.

2. Entrevista de orientação periódica

- a) Ajudou-me a escolher estratégias para otimizar as minhas capacidades;
- b) Promoveu o desenvolvimento da minha capacidade de auto-avaliação;
- c) Promoveu a minha autonomia no desempenho profissional e participação no trabalho de equipa;
- d) Facilitou o desenvolvimento do meu projecto profissional, de acordo com os objectivos, projectos e funcionamento da instituição/serviço.

3. Conteúdo da entrevista de orientação periódica

- a) As actividades que realizei, conforme o conteúdo funcional da minha categoria;
- b) As normas de actuação profissional e os critérios de avaliação do desempenho que me foram apresentados;
- c) Os objectivos preconizados para o período considerado.

4. Interacções na entrevista de orientação periódica

- a) Analisamos, comparamos e discutimos o meu desempenho profissional ao longo do período em referência;
- b) Analisamos o meu projecto profissional e o meu plano de acção para o período em apreço;



- c) Elaboramos em conjunto um plano de acção para o período seguinte;
- d) Registamos o resumo da entrevista realizada no impresso reservado para o efeito.

5. Relatório critico de actividades

- a) As actividades inerentes à minha categoria, realizadas com maior frequência;
- b) As actividades inerentes à minha categoria que configuram especial dificuldade e complexidade;
- c) As actividades que mais contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional;
- d) As minhas actividades que explicam a minha relação profissional com utentes, família e comunidade;
- e) A minha relação com os restantes elementos da equipa intra e inter profissional;
- f) A minha participação em projectos e actividades desenvolvidas no âmbito da prestação de cuidados;
- g) Os contributos inovadores que proporciono à enfermagem e ao desenvolvimento da prestação de cuidados;
- h) Os estudos que realizei e trabalhos publicados em revistas creditadas.
- i) A assiduidade e pontualidade;
- j) As sanções disciplinares, louvores e distinções;
- k) As acções de formação levadas a cabo como participante e como prelector e sua repercussão no meu exercício profissional;
- l) Necessidades de formação identificadas no decorrer do meu desempenho profissional;
- m) Os factores que influenciaram o meu rendimento profissional;
- n) As expectativas futuras relativamente ao desempenho das minhas funções.

6. Menção qualitativa.

- a) Configura o resultado da avaliação contínua das minhas actividades;
- b) Centrou-se no conteúdo funcional da minha categoria;



- c) É referente às normas de actuação e aos critérios de avaliação do desempenho estabelecidos para o período de referência;
- d) Fundamenta-se nos registos periódicos de observação do desempenho.

Cada uma destas asserções da variável dependente é operacionalizada em três momentos distintos. O primeiro é referente ao controle da variável estranha, da qual falamos mais adiante. O segundo momento é relativo aos contributos da avaliação do desempenho para o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro e o terceiro refere-se aos contributos da avaliação do desempenho para a melhoria dos cuidados prestados. Estes dois últimos são operacionalizados em cada dimensão e em todas as asserções da variável dependente, variando a sua cotação numa escala tipo Likert numerada de 1 a 5, em que 1 corresponde a “discordo totalmente” e 5 a “concordo totalmente”.

Variáveis independentes

Segundo POLIT e HUNGLER (1995:39), “a *variável independente é a causa antecedente ou influência presumíveis em relação à variável dependente*”, ou seja, é aquela que faz variar a variável dependente e por sua vez não é afectada por nenhuma.

Atendendo à natureza da investigação e às hipóteses formuladas temos diversas variáveis independentes:

- ◆ Sexo – variável é operacionalizada em masculino ou feminino. Sabe-se que a profissão de enfermeiro é na sua maioria exercida por mulheres (CARAPINHEIRO, 1998).
- ◆ Idade – numero de anos do enfermeiro. Para além de caracterizar a amostra, a sua relevância está relacionada com uma maior experiência profissional dos enfermeiros mais velhos que se poderá reflectir em maior segurança e melhores prestações de cuidados.
- ◆ Habilitações literárias/académicas – Até finais da década de 80 os enfermeiros eram titulares do curso geral de enfermagem. A partir de 1990 com a integração das Escolas de Enfermagem no Ensino Superior Politécnico, passou a curso de bacharelato em enfermagem. Em 2000 a formação inicial dos enfermeiros passou a ser de nível de licenciatura.



- ◆ Categoria profissional – é considerada de acordo com a posição que o enfermeiro ocupa na estrutura hierárquica da carreira de enfermagem, conforme (Decreto-lei 437/91 de 8 de Novembro). Dentro da área da prestação de cuidados, para a qual se direcciona o nosso estudo temos 3 categorias: enfermeiro, enfermeiro graduado e enfermeiro especialista. Os enfermeiros ingressam na profissão pela categoria de enfermeiro, após 6 anos de serviço efectivo e avaliação do desempenho de satisfaz passam automaticamente a enfermeiro graduado. A ascensão á categoria de enfermeiro especialista é feita por concurso público, mediante a titularidade de curso de estudos superiores especializados em enfermagem. A pertinência desta variável prende-se com o facto de cada categoria ter formações e funções diferentes, logo percepções diferentes em termos de importância do processo avaliativo e da prestação de cuidados.
- ◆ Tempo de exercício profissional – este é expresso em anos e refere-se aos anos de serviço como enfermeiro (contabilizado em todas as categorias) e reporta-se a todas as instituições de saúde onde o enfermeiro trabalhou. A inclusão desta variável deve-se ao facto de a mais anos de exercício profissional corresponder mais conhecimentos e maior experiência e provavelmente mais conhecimentos.
- ◆ Instituição em que trabalha – refere-se á instituição onde o enfermeiro desenvolve actualmente a sua actividade, sendo aqui considerado globalmente o facto de ser hospital ou centro de saúde e apenas do distrito de Aveiro. A sua inclusão deve-se ao facto de ambos os grupos de instituições representarem realidade distintas em termos de estrutura, organização e funcionamento;
- ◆ Frequência de acções de formação subordinadas ao tema: “*avaliação do desempenho*” – isto é se o enfermeiro já frequentou acções de formação sobre avaliação do desempenho.
- ◆ Número de avaliações a que foi sujeito – refere-se ao numero de avaliações a que o enfermeiro foi sujeito pelo actual modelo, sendo que anteriormente havia avaliação em serviço, um tipo de avaliação diferente do actual não tendo por isso relevância para este estudo;



- ♦ Participação na elaboração de normas e critérios – se o enfermeiro participou na elaboração de normas e critérios para a unidade ou serviço. A participação activa dos profissionais naquilo que a eles diz respeito (neste caso o serviço em que trabalham), leva a menor resistência e uma participação mais activa e empenhada para atingir os objectivos e metas propostas.

Variáveis Estranhas

A experiência profissional do nosso júri alertou-nos para o facto de nem todas as instituições públicas de saúde fazerem uma correcta e criteriosa aplicação do modelo de avaliação do desempenho vigente, daí a nossa preocupação em isolar essa variável (estranha), no sentido de evitar o enviesamento dos resultados obtidos.

- ♦ Aplicado na sua avaliação – esta é operacionalizada em “*Sim*” ou “*Não*”, para cada dimensão da variável dependente, isto é, se cada asserção que a compõe é ou não praticada na avaliação do desempenho do enfermeiro, (representada na **coluna 1** do questionário).

3.4 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Naturalmente que a construção deste instrumento foi precedida de uma revisão da literatura sobre a temática, nomeadamente o Despacho 2/93 de 30 de Março, que regulamenta a lei de avaliação do desempenho dos enfermeiros. Com base nessa revisão da literatura, na nossa experiência profissional e do contacto com enfermeiros, iniciou-se o processo de construção e organização dos itens a incluir no presente questionário.

Esta organização teve como finalidade fazer uma selecção equilibrada e completa, contendo os principais aspectos que se prendem com a avaliação do desempenho dos enfermeiros e relacionando-os com aquilo que se pretende estudar.

Foi nossa preocupação essencial que a validade e fiabilidade do instrumento não colocasse em causa o valor da investigação, tendo recorrido a vários métodos que garantissem que esses princípios fundamentais estivessem salvaguardados.



3.4.1 – Validação do Instrumento de recolha de dados

A validação interna do instrumento de colheita de dados foi garantida recorrendo à opinião de três juízes independentes (HILL, 2002), no caso tratou-se de dois Enfermeiros Supervisores e um Enfermeiro Chefe, com uma vasta experiência (como avaliadores e como formadores) no domínio do processo de avaliação do desempenho dos enfermeiros. A sua leitura e observação cuidadas sugeriram algumas considerações e rectificações em termos de conteúdo e redacção das questões.

Após essas correcções foi realizado o pré-teste numa população de enfermeiros com as mesmas características da população da amostra, mas em instituições diferentes daquelas em que o estudo foi desenvolvido, acautelando desde logo respostas de enfermeiros de hospitais e centros de saúde. Dos 27 questionários entregues (todos eles com envelope, que deveria ser fechado depois de preenchido) apenas 19 foram devolvidos, estimando-se um retorno de cerca de 70,4 %.

A fidelidade do instrumento de colheita de dados foi feita recorrendo à prova do teste-reteste. Nesse sentido, aos 19 enfermeiros que haviam respondido ao pré-teste e sem conhecimento prévio dos mesmos, repetimos a sua aplicação 15 dias depois, já que FORTIN (1999:226) sugere *“um período de duas a quatro semanas entre as medições”*. Optamos por respeitar o limite mínimo, já que o nosso tempo era escasso.

Para a comparação dos resultados obtidos entre o teste e o reteste recorremos ao Coeficiente de Correlação de Pearson, teste estatístico que parece adequado para determinar a correlação existente entre os dois conjuntos de asserções. Para PESTANA (2000:146) *“o Coeficiente de Correlação de Pearson é uma medida de associação linear entre variáveis quantitativas e pode variar entre -1 e +1”*, sendo que +1 corresponde a uma correlação *r* positiva perfeita, valor para o qual esperamos que os nossos resultados confluam. Como nos refere POLIT e HUNGLER (1995:357), *“quanto maior for o coeficiente mais estável é a medição”*.



Quadro 6 – Resultados do teste reteste

DIMENSÕES	Variação do Coeficiente de Correlação de Pearson	
	Desenvolvimento Pessoal e Profissional	Melhoria da Prestação de Cuidados
Entrevista Orientação Inicial. (seis asserções)	0.742 – 0.956	0.701 – 0.883
Entrevista de Orientação Periódica. (quatro asserções)	0.751 – 0.876	0.707 – 0.863
Conteúdo da Entrevista de Orientação Periódica. (três asserções)	0.721 – 0.893	0.713 – 0.872
Interacção na Entrevista de Orientação Periódica. (quatro asserções)	0.698 – 0.840	0.757 – 0.875
Relatório Crítico de Actividades. (catorze asserções)	0.733 – 0.936	0.742 – 0.972
Atribuição da Menção Qualitativa. (quatro asserções)	0.885 – 0.964	0.735 – 0.898
Relação Laboral. (sete asserções)	0.900 – 1.000	

De acordo com FORTIN (1999:226) “a *variação aceitável para os coeficientes de fidelidade situa-se entre 0,7 e 1,0*”. Assim de acordo com os dados apresentados no quadro anterior, referentes às diferentes dimensões (e respectivas asserções) da variável dependente, podemos afirmar que a correlação existente entre os resultados obtidos no teste e reteste, demonstram uma óptima fidelidade do questionário, já que os valores de correlação r se encontram dentro desses valores. É excepção, os contributos relativos ao desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro na interacção da entrevista de orientação periódica onde obtivemos o valor mínimo da correlação (0,698) que não se enquadra nos valores aceitáveis para a autora supracitada. Optamos por considera-lo já que não se refere á variável central do estudo, mas também porque lhe é atribuído uma associação moderada, como nos refere PESTANA (2000:146), “*r menor que 0,2 indica uma associação muito baixa; entre 0,2 e 0,39 baixa; entre 0,4 e 0,69 moderada; entre 0,7 e 0,89 alta; e por fim entre 0,9 e 1 uma associação muito alta*”.

Foram ainda avaliadas durante a aplicação do teste reteste a compreensão, clareza e objectividade do questionário, assim como o tempo médio de resposta, o qual se situou entre os 15 e 20 minutos, consoante os sujeitos responderam ou não à última questão.



No sentido de estimar a consistência interna do questionário elaborado foi avaliado o Alpha de Cronbach (HILL, 2002) que apresentou um valor bastante consistente $\alpha=0.969$, para o total de itens da escala, ainda assim FORTIN (1999:226) alerta-nos para que “*este deverá ser determinado sempre que a escala seja novamente aplicada.*”

Conforme temos vindo a descrever o instrumento utilizado para o estudo foi um questionário, o qual é composto por duas partes. Uma primeira parte é referente ao processo de avaliação do desempenho dos enfermeiros e foi elaborado pelo autor e a segunda parte procura fazer a caracterização socioprofissional dos sujeitos, procurando conhecer melhor a sua relação laboral com a instituição.

Antes avançarmos para a apresentação propriamente dita do instrumento de recolha de dados, convém salientar que este é precedido por uma breve apresentação do autor, o âmbito do referido estudo e demais explicações (HILL, 2002), no sentido de familiarizar os sujeitos com o estudo a desenvolver e lhes fornecer indicações precisas sobre o preenchimento.

3.4.2 – Descrição do Instrumento de recolha de dados

O questionário é constituído por trinta e cinco itens, divididos pelas seis principais dimensões do processo de avaliação do desempenho dos enfermeiros, conforme o Despacho 2/93 de 30 de Março, nomeadamente: Entrevista de orientação inicial; Entrevista de orientação periódica; Conteúdo da entrevista de orientação periódica; Interações na entrevista de orientação periódica; Relatório crítico de actividades; Menção qualitativa.

Relativamente a cada item, os sujeitos foram solicitados a responderem, se este é praticado ou não na sua avaliação (coluna 1). Só em caso afirmativo, deveriam responder simultaneamente nas duas colunas seguintes, reservadas respectivamente à forma como se reflecte cada item no seu desenvolvimento pessoal e profissional (coluna 2) e como se reflecte na melhoria da prestação de cuidados (coluna 3), utilizando para ambas as colunas uma escala tipo Likert de 1 a 5 pontos. Escolhemos uma escala tipo liket já que é uma escala fiável em ciências sociais e reduz ao mínimo o nível de enviesamento e permite uma adequada mensuração das atitudes (FORTIN, 1999).

A avaliação da nossa escala faz-se considerando as respostas dos enfermeiros nos itens de cada dimensão, determinando assim em cada coluna, a aproximação de cada



asserção a um dos pólos dentro, caracterizando desta forma os contributos para a melhoria da prestação de cuidados, mas também para o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro.

A segunda parte do questionário é composta por 9 questões de resposta curta (numérica/escrita) ou alternativa. O mesmo questionário conta ainda, no seu final, com outras duas questões, sendo a penúltima de resposta múltipla e a última, de resposta aberta. Nesta os enfermeiros são convidados a apresentar algumas sugestões/comentários que possam vir a melhorar o processo de avaliação do desempenho.

No que concerne às variáveis independentes, foram registados: o sexo e a idade, as habilitações literárias/académicas, o número de anos de serviço, bem como a categoria profissional e a instituição em que trabalha. Relativamente à avaliação do desempenho houve a preocupação em saber quantas vezes o enfermeiro já tinha sido avaliado; se participou na elaboração de normas e critérios para a instituição/serviço e ainda se já frequentou acções de formação relacionadas com o tema “*avaliação de desempenho*”.

É de salientar que embora este estudo não constitua a validação definitiva do instrumento, pode-se aceitar que os resultados psicométricos obtidos representam a sua validação inicial.

3.5 - PROCEDIMENTOS NA RECOLHA DE DADOS

Após seleccionadas as instituições de saúde da amostra, foram contactadas informalmente as entidades responsáveis, de modo a conhecermos melhor os serviços, a sua estrutura e funcionamento, mas também no sentido de obter o apoio e autorização necessários à realização do projecto. Durante o contacto pessoal foi apresentada a credencial do autor. Após receptividade ao estudo por parte das entidades visadas, foi pedida autorização formal mediante requerimento dirigido ao órgão máximo da instituição, onde constavam os propósitos do estudo, o período pretendido para a recolha dos dados (salvaguardando o normal funcionamento dos serviços) e um exemplar do instrumento para a colheita dos mesmos.

Após serem explicados os propósitos do estudo e esclarecidas algumas questões formuladas pelas instituições seleccionadas, o projecto foi acolhido com interesse e espírito de colaboração.



De acordo com os procedimentos organizacionais de cada instituição, os questionários foram entregues aos enfermeiros chefes, que por sua vez distribuiriam a cada um dos seus subordinados. A distribuição por centros de saúde e hospitais realizou-se de 15 a 23 de Maio de 2005, tendo ficado agendada a recolha para 15 a 25 de Junho de 2005, período que veio a ser prorrogado devido a haver enfermeiros de férias e ao baixo retorno de questionários preenchidos. Prolongou-se então o prazo da recolha até 13 de Julho 2005.

A fim de serem conseguidas as melhores condições possíveis de resposta, foi pedido aos enfermeiros que levassem o questionário para casa e que num momento livre de perturbações e constrangimentos respondessem às questões.

Certos do interesse do estudo para a profissão, a todos os enfermeiros participantes foram facultados o telefone e e-mail do autor, no sentido de dar esclarecimentos e apoios adicionais e pontualmente necessários, procurando não ultrapassar o conteúdo do questionário apresentado.

Houve também a preocupação de informar que todos terão a oportunidade de consultar os resultados do estudo, pelo que será disponibilizado um exemplar às instituições participantes e publicado posteriormente numa revista científica da classe.

3.6 - PRINCÍPIOS ÉTICOS

A investigação em ciências sociais e humanas levanta questões ético-legais que parecem revestir-se duma importância adicional, já que implicam uma participação activa das pessoas recolhendo as suas percepções, as suas crenças, os seus valores e as suas atitudes.

Nesse sentido, para além de descrito no preambulo de cada questionário, foi solicitado aos enfermeiros chefes que informassem os enfermeiros sobre os objectivos e natureza do estudo de investigação, do modo de participação e de que a sua participação era estritamente pessoal e voluntária, pelo que lhes era garantido anonimato e confidencialidade. Para assegurar estes princípios básicos, todos os questionários foram colocados em envelope, que deveria ser fechado após resposta ao questionário. Foram também informados da importância da participação de cada um no referido estudo, da voluntariedade dessa participação e do interesse dos dados apenas no global.



3.7 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Após a colheita, os dados foram lançados numa base de dados informatizada para serem processados e tratados. Esse tratamento utilizará como suporte o programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para sistemas operativos Windows (Versão 12.0, de 2004), que possui capacidade para efectuar análises estatísticas descritivas e analíticas. Utilizamos ainda, para contagem de células vazias e efectuar alguns cálculos, o Microsoft Excel (Microsoft Office 2003).



4 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

“consiste em apresentar os resultados e interpretá-los à luz das questões de investigação ou das hipóteses formuladas. Apresentar os resultados consiste em acompanhar o texto narrativo de quadros e figuras que ilustrem os principais resultados obtidos com as diferentes análises utilizadas.”

FORTIN (1999:329)

Os dados foram recolhidos através de 193 questionários que serão processados e tratados através de suporte informático, conforme referido na metodologia.

De acordo com os critérios de selecção da amostra (anteriormente definidos), foram entregues para preenchimento 323 questionários (176 nos hospitais e 147 nos Centros de Saúde), representando cerca de 40% da população de cada grupo de instituições.

Conforme podemos verificar pela análise do quadro seguinte, foram-nos devolvidos como preenchidos 228 questionários, correspondendo a um retorno superior a 70%, (125 nos hospitais e 103 nos Centros de Saúde).

Quadro 7 – Taxa de Respostas do questionário.

QUESTIONÁ- RIOS INSTITUIÇÃO	Entregues		Respondidos		Inválidos				Válidos	
					S/avaliação		Nulos			
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Centro de Saúde	147	45.51	103	31.89	1	0.31	13	5.70	89	39.03
Hospital	176	54.49	125	38.70	2	0.62	19	8.33	104	45.62
TOTAL	323	100	228	70.59	3	0.93	32	14.04	193	84.65

Do total de questionários devolvidos, foram considerados inválidos 35 (3 porque os sujeitos nunca tinham sido avaliados e 32 por estarem em branco, por apresentarem respostas dúbias), correspondendo a 14,97%.



Os questionários considerados válidos provêm das respostas de 193 enfermeiros, constituindo assim a amostra do nosso estudo, correspondendo a cerca de 60% dos questionários entregues e a 23,2% da população do estudo.

Na prossecução deste capítulo damos a conhecer de forma reflexiva e sintética, os resultados obtidos evidenciando os mais significativas. Nesse sentido, começamos por efectuar uma caracterização da amostra com base na estatística descritiva, onde através da análise dum quadro de distribuição de frequências absolutas e relativas, se elaborará um retracto socioprofissional dos sujeitos. Para tal serão utilizadas medidas de tendência central, médias, medianas, modas, assim como medidas de dispersão ou variabilidade, desvio-padrão e coeficientes de variação (variância).

Simultaneamente serão apresentados os resultados, na perspectiva da estatística analítica, sendo que os testes utilizados para testar as hipóteses formuladas se enquadram no ramo não paramétrico, nomeadamente *Teste de Kolmogorov-Smirnov e histogramas para a normalidade, teste U de Mann-Whitney, teste de Kruskal-Wallis H e o teste de significância de um coeficiente de correlação de Spearman*.

Para uma melhor interpretação e análise dos dados, os mesmos serão apresentados em tabelas e quadros, cujos resultados se referem à análises estatística dos dados recolhidos, organizados no sentido de dar resposta às questões de investigação e testar as hipóteses formuladas.

Os critérios de decisão para os testes de hipóteses, baseiam-se no estudo das probabilidades, confirmando-se a hipótese se a probabilidade for inferior a 0,05 e rejeitando-se se igual ou superior a esse valor.

Para a determinação do grau de significância, baseamo-nos nos resultados apresentados por HILL (2002), que refere o seguinte:

- $p \geq 0,05$ – não significativo;
- $p < 0,05$ – significativo;
- $p < 0,01$ – bastante significativo;
- $p < 0,001$ – altamente significativo.



4.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra do nosso estudo é constituída por 193 enfermeiros prestadores de cuidados nas instituições de saúde referidas no capítulo da metodologia, dos quais elaboramos o seguinte quadro:

Quadro 8 – Distribuição dos sujeitos segundo as suas características socioprofissionais (N=193).

VARIAVEIS	n	%				
Sexo						
Masculino	39	20.2				
Feminino	154	79.8				
Habilitação académica						
Bacharelato	43	22.3				
Licenciatura	142	73.6				
Outra (Mestrado/doutoramento)	8	4.1				
Categoria profissional						
Enfermeiro	28	14.5				
Enf.º Graduado	134	69.4				
Enf.º Especialista	31	16.1				
Organização em que trabalha						
Hospital	104	53.9				
Centro de Saúde	89	46.1				
Frequência acções formação (*)						
Sim	114	59.1				
Não	79	40.9				
Participação normas/critérios						
Sim	80	41.5				
Não	113	58.5				
	Mn	Mx	\bar{x}	M_o	Md	sd
Idade (em anos)	24	62	37.55	30	36	8.78
Tempo de exercício profissional (anos)	3	37	14.54	8	13	8.64
Numero acções de formação (*)	1	22	2.43	1	2	2.36
Numero de avaliações	1	4	2.73	4	3	1.09

(*) O número de acções de formação sobre avaliação do desempenho é referente à resposta afirmativa sobre a frequência de acções de formação.



Da análise do quadro anterior, podemos verificar que do total da amostra, a maioria dos sujeitos é do sexo feminino (79,8%) e apenas 20,2% é do sexo masculino.

Quanto às habilitações académicas dos sujeitos constata-se uma predominância do título de licenciado (73,6%) e uma percentagem bastante mais baixa de bacharéis (22,3%). É de salientar 4,1% de enfermeiros com título de Mestre/Doutores nas instituições de saúde e concretamente na vertente da prestação de cuidados.

A categoria profissional predominante é a de Enf. Graduado com 69,4% dos sujeitos, sendo que as categorias de Enfermeiro e Enf. Especialista representam 14,5% e 16,1%, respectivamente.

Feita a distinção entre enfermeiros de Hospitais e de Centros de Saúde, de acordo com a estratificação e proporcionalidade da amostra, temos respectivamente 104 e 89 enfermeiros.

A participação e definição de normas de actuação e critérios de avaliação teve uma participação de apenas 41,5% dos enfermeiros, sendo notória a não participação da maioria dos enfermeiros (58,5%) nesta actividade.

Também a nível da frequência de acções de formação sobre o tema “*avaliação do desempenho*”, apenas 59,1% dos enfermeiros referem ter frequentado essas acções, o que representa uma média de 2,43 para o total da amostra, com um mínimo de 1 e máximo de 22. A moda é de 1.

Relativamente à idade dos enfermeiros temos uma média de 37,55 anos com um desvio padrão de 8,78, sendo a moda de 30 anos. O(s) enfermeiro(s) mais novo(s) tem 24 anos e o(s) mais velho(s) tem 62 anos. Ainda assim podemos dizer que a amostra do estudo é relativamente jovem.

O tempo de exercício profissional apresenta uma média de 14,57 anos, com um desvio padrão de 8,66 anos. Um máximo de 37 anos de serviço e um mínimo de 3.

Os enfermeiros apresentam um valor médio de avaliações pelo actual sistema de 2,73, com um desvio padrão de 1,09. A moda da amostra é de 4 avaliações, com um mínimo de 1 e um máximo de 4.



4.2 – ANÁLISE DOS DADOS

Torna-se agora pertinente a apresentação e análise do resultado global das dimensões relativas à variável dependente e central do estudo, começando assim por tentar responder à questão de investigação.

Atendendo ao fraccionamento anteriormente descrito – desenvolvimento pessoal e profissional (DPP) e melhoria dos cuidados prestados (MCP), procedemos agora à análise da percepção dos contributos da avaliação do desempenho para o primeiro momento (DPP). Podemos então concluir, pela análise do quadro 3 que para o total de itens da escala e num intervalo de 1 a 5 valores, temos uma média de 4,03, com um desvio padrão de 0,51. Estes valores sugerem que, pelo menos em termos genéricos, os enfermeiros percebem que a avaliação do desempenho contribui efectivamente para o seu desenvolvimento pessoal e profissional.

Quadro 9 – Distribuição dos valores médios da população segundo as dimensões da variável dependente relativamente ao “desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro” (DPP): média (\bar{x}) e desvio-padrão (sd).

Dimensões da variável dependente	Não praticada na avaliação		Desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro			
	n	%	n	%	\bar{x}	sd
Entrevista de orientação inicial	29	15.0	164	85.0	3.91	0.63
Entrevista de orientação periódica	40	20.7	153	79.3	4.06	0.60
Conteúdo da entrevista de orientação periódica	42	21.8	151	78.2	4.12	0.57
Interacções na entrevista de orientação periódica	40	20.7	153	79.3	4.15	0.62
Relatório critico de actividades	0	0.00	193	100	4.23	0.56
Atribuição da menção qualitativa	11	5.7 ⁽¹⁾	182	94.3	3.93	0.81
Percepção global					4.03	0,51

N=193



Segundo a análise do quadro anterior, podemos dizer que relativamente ao desenvolvimento pessoal e profissional 21,8% dos enfermeiros percebem que o *Conteúdo da Entrevista de Orientação Periódica* não é praticado na sua avaliação em nenhuma das suas asserções, contrariando o preconizado no regulamento da avaliação do desempenho. Por outro lado, todos os enfermeiros elaboraram o seu *Relatório Crítico de Actividades*.

Podemos ainda verificar que os enfermeiros percebem o *Relatório Crítico de Actividades* como aquele que mais contribui para o seu DPP, com uma média de 4,23 e $sd = 0,56$.

Numa análise mais exaustiva por asserções (anexo I), constatamos que nesta dimensão o que mais contribui para o DPP é a descrição das “*actividades que mais contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional*”, com uma média de 4,34. Por outro lado, o que menos contribui para o DPP são as “*sanções disciplinares, louvores e distinções*”, $\bar{x}=3,84$. Ainda de acordo com o mesmo anexo e ainda na mesma dimensão, verificamos também que 45,1% dos enfermeiros percebem que as “*sanções disciplinares, louvores e distinções*” não são praticadas na sua avaliação, logo não estão descritas no seu relatório. Por outro lado, 96,4% dos enfermeiros referem que o seu relatório descreve “*as acções de formação levadas a cabo como participante e como prelector e sua repercussão no meu exercício profissional*”, percebendo-as como ausentes na sua avaliação, apenas em 3,6% dos casos.

No conjunto, as dimensões com valores intermédios para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros são a *Entrevista de Orientação Periódica* ($\bar{x}=4,06$) e o *Conteúdo da Entrevista de Orientação Periódica* ($\bar{x}=4,12$).

As *Interacções na Entrevista de Orientação Periódica* e a *Atribuição da Menção Qualitativa*, com médias de 4,15 e 3,93, situam-se imediatamente abaixo da média mais alta e acima da média mais baixa respectivamente.

A *Entrevista de Orientação Inicial* é percebida como a que menos contribui para o DPP, com $\bar{x}=3,91$, cujo valor se situa abaixo da média global. Reportando-nos novamente ao anexo I, verificamos que 30,1% dos enfermeiros percebem que ela não os “*motivou para a elaboração do projecto profissional e plano de acção anual*”, já que percebem que esta asserção não é praticada na sua avaliação. Por outro lado o que



mais fomentou o seu DPP foi a “*integrar-me nos métodos de trabalho da instituição/serviço.*” (\bar{x} =4,02) e menos na “*clarificação de papéis e nas acções a desenvolver no processo de orientação por cada um dos intervenientes*” (\bar{x} = 3,85).

A análise do quadro 4, relativa ao segundo momento (MCP), permite-nos concluir que globalmente os contributos fornecidos pela avaliação do desempenho se reflectem realmente em melhorias nos cuidados de saúde prestados pelos enfermeiros, cuja média para o total de itens da escala é de 4,00 e desvio padrão de 0,43.

Quadro 10 – Distribuição dos valores médios da população segundo as dimensões da variável dependente relativamente à melhoria dos cuidados prestados (MCP): média (\bar{x}) e desvio-padrão (sd).

Dimensões da variável dependente	Não praticada na avaliação		Melhoria dos cuidados prestados			
	n	%	n	%	\bar{x}	sd
Entrevista de orientação inicial	29	15.0	164	90.0	3.87	0.60
Entrevista de orientação periódica	40	20.7	153	79.3	3.99	0.64
Conteúdo da entrevista de orientação periódica	42	21.8	151	78.2	4.07	0.61
Interacções na entrevista de orientação periódica	40	20.7	153	79.3	4.09	0.65
Relatório critico de actividades	0	0.00	193	100	4.17	0.64
Atribuição da Menção qualitativa	11	5.7 ⁽²⁾	182	94.3	3.83	0.91
Percepção global da variável dependente					4.00	0,43

N=193

De acordo com o quadro anterior, vamos agora proceder à análise do que foram as respostas dos enfermeiros, relativamente a cada uma das dimensões para a melhoria dos cuidados prestados (MCP). É de referir que não há diferenças relativamente ao quadro 3 (DPP), em termos de “n” e “%”.



Assim, verificamos que á semelhança do que aconteceu para o DPP, os enfermeiros percebem o *Relatório Crítico de Actividades* como aquele que mais contribui para a MPC, agora com uma média de 4,17 e desvio padrão de 0,64.

Segundo a análise por asserções desta dimensão (anexo II), constatamos que o que mais contribui para o MCP são as “*actividades que mais contribuíram para o desenvolvimento pessoal e profissional*” do enfermeiro ($\bar{x}=4,32$), por outro lado o que menos contribui para a MCP são as “*sanções disciplinares, louvores e distinções*” $\bar{x}=3,76$. Ainda de acordo com o mesmo anexo e também á semelhança dos resultados obtidos para o DPP, verificamos que 45,1% dos enfermeiros percebem que as “*sanções disciplinares, louvores e distinções*” não são praticadas na sua avaliação, logo não estão descritas no seu relatório. Por outro lado, 96,4% dos enfermeiros referem que o seu relatório descreve as actividades que mais contribuíram para o seu MCP, percebendo-as como ausentes na sua avaliação apenas em 3,6 % dos casos.

Voltando ao quadro 4, verificamos que as dimensões com valores intermédios para a MCP são a *Entrevista de Orientação Periódica* ($\bar{x}=3,99$) e o *Conteúdo da Entrevista de Orientação Periódica* ($\bar{x}=4,07$).

A *Entrevista de Orientação inicial* e as *Interações na Entrevista de Orientação Periódica*, com médias de 3,87 e 4,09, situam-se imediatamente acima da média mais baixa e abaixo da média mais alta respectivamente.

A *Atribuição da Menção Qualitativa* é percebida como a que menos contribui para a MCP, cuja média de 3,83 está abaixo da média global. A análise do anexo II permite-nos verificar que 29,5% dos enfermeiros percebem a *Atribuição da Menção Qualitativa* não “*fundamentada nos registos periódicos de observação*”, já que está ausente na sua avaliação. Por outro lado, o que mais contribui para a MCP é a “*referência da menção qualitativa às normas e critérios estabelecidos para o período em apreço*” ($\bar{x}=3,96$) e menos o facto da “*atribuição da menção qualitativa se centrar no conteúdo funcional da categoria do enfermeiro*” ($\bar{x}=3,81$).

(1), (2) Sendo a *Atribuição da Menção Qualitativa* um momento particularmente delicado que encerra o processo de avaliação dum triénio e que dela depende a progressão do enfermeiro, temos que referir que 5,7% dos enfermeiros ao perceberem que ela não é praticada na sua avaliação estão a dizer que, não “*configura o resultado das avaliações*



continuas”, “não se centrou no conteúdo funcional da sua categoria”, “não é referente às normas e critérios estabelecidos”, “nem se fundamenta nos registos periódicos de observação”.

De acordo com o quadro 11, salientamos que os objectivos que mais enfermeiros reconhecem à avaliação do desempenho são o *“Reconhecer o desempenho individual”* e *“Identificar deficiências do desempenho”*, com 89,6% e 87% respectivamente. Apenas 22,3% dos enfermeiros lhe atribuem a *“Decisão sobre remunerações e prémios”*.

Quadro 11 – Objectivos que os enfermeiros atribuem à avaliação do desempenho

Objectivos da avaliação do desempenho	Sim		Não	
	n	%	n	%
Reconhecer o desempenho individual	173	89.6	20	10.4
Determinar objectivos para a formação profissional	135	69.9	58	30.1
Decidir sobre remunerações ou prémios	43	22.3	150	77.7
Dar “feedback” da performance do colaborador	83	43.0	110	57.0
Identificar necessidades de formação	147	76.2	46	23.8
Incentivar o trabalho em equipa	141	73.1	52	26.9
Identificar deficiências de desempenho	168	87.0	25	13.0

4.3 – TESTE DA NORMALIDADE

Pelo Kolmogorov-Smirnov (quadro 12) verificamos que a distribuição de dados referentes às dimensões da variável dependente, não se encontram enquadradas na normalidade ($p < 0,05$).

Visto isto, e pela análise dos gráficos (1), constatamos que a maioria das curvas revelam-se platicúrticas (curtose) e com enviesamento à direita (assimetria), e por isso somos obrigados a assumir a inexistência de uma distribuição normal ou próximo do



normal para as dimensões da variável dependente, o que nos limita de certa forma a utilização de medidas estatísticas paramétricas.

Quadro 12 – Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov

Dimensões da percepção relativas à melhoria da prestação de cuidados	Kolmogorov-Smirnov		
	n	Estatísticas	P
Entrevista Orientação Inicial	164	0.178	***
Entrevista Orientação periódica	153	0.187	***
Conteúdo Entrevista Orientação periódica	151	0.209	***
Interação Entrevista Orientação periódica	153	0.143	***
Relatório critico de actividades	193	0.093	**
Atribuição Menção Qualitativa	182	0.180	***
Percepção Global		0.078	*

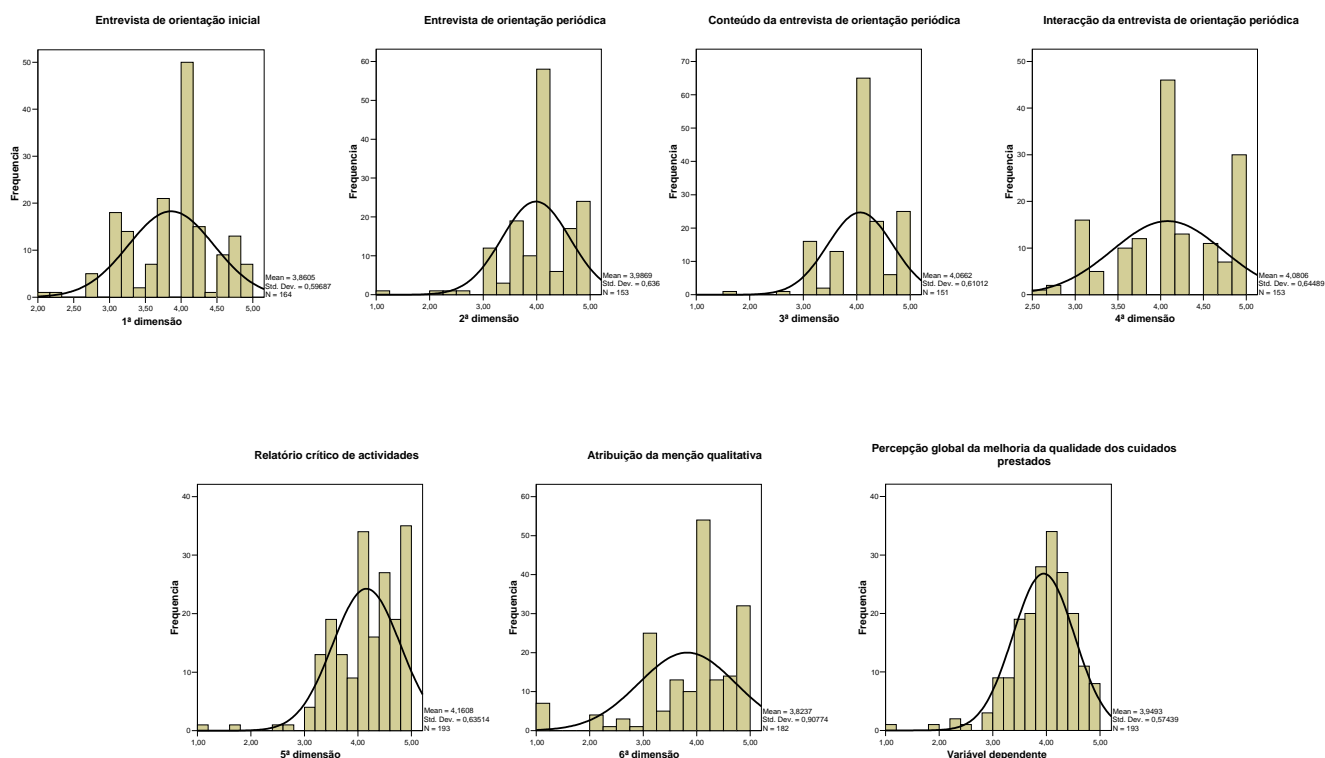
*p<0,05

**p<0,01

***p<0,001



GRÁFICOS 1 – Histogramas das dimensões da variável dependente, com curva de normalidade



Optámos por testar as nossas hipóteses através de testes não paramétricos, uma vez que não existe uma distribuição normal das dimensões da variável dependente, como nos mostra o teste da normalidade.

Formulámos algumas hipóteses que foram testadas através dos referidos testes, nomeadamente Testes U de Mann-Whitney, Correlações de Spearman e Testes de Kruskal-Wallis.

H₁ – *Há diferenças estatisticamente significativas na percepção dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho, em função da participação dos enfermeiros na definição de normas de actuação e critérios de avaliação para a unidade/serviço.*

H₁ a) *Há diferenças estatisticamente significativas na percepção dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, em função da sua participação na definição de normas de actuação e critérios de avaliação para a unidade/serviço.*



H₁ b) *Há diferenças estatisticamente significativas na percepção dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para a melhoria dos cuidados prestados, em função da participação dos enfermeiros na definição de normas de actuação e critérios de avaliação para a unidade/serviço.*

Quadro 13 – Resultados do Teste U de Mann-Whitney, segundo a percepção dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para o DPP dos enfermeiros e para a MCP em função da participação na definição de normas de actuação e critérios de avaliação para a unidade ou serviço: média (\bar{x}), valor do teste (Z) e significância (P)

Participação na definição normas e critérios		Sim		Não		$\bar{x}_1 - \bar{x}_2$	Z	p
Dimensões da variável dependente		n	\bar{x}_1	N	\bar{x}_2			
Entrevista Orientação Inicial	DPP	69	94.07	95	74.10	19.97	-2.682	**
	MCP		94.57		73.74	20.83	-2.817	**
Entrevista Orientação periódica	DPP	61	85.22	92	71.55	13.67	-1.919	ns
	MCP		82.66		73.24	9.42	-1.327	ns
Conteúdo Entrevista Orientação periódica	DPP	62	87.64	89	67.89	19.75	-2.834	**
	MCP		87.93		67.69	20.24	-2.930	**
Interacção Entrevista Orientação periódica	DPP	62	87.07	91	70.14	16.93	-2.389	**
	MCP		84.06		72.19	11.87	-1.659	ns
Relatório critico de actividades	DPP	80	114.20	113	84.82	29.38	-3.603	***
	MCP		114.98		84.27	30.71	-3.767	***
Atribuição Menção Qualitativa	DPP	77	98.28	105	86.53	11.75	-1.518	ns
	MCP		97.16		87.35	9.81	-1.261	ns
Percepção global da variável dependente	DPP	80	111.00	113	87.09	23.91	-2.930	**
	MCP		110.18		87.67	22.51	-2.757	**

**p <0,01

***p<0,001

ns – não significativo (>0,005)

Da análise do quadro anterior concluímos que os enfermeiros que participaram na definição de normas e critérios de avaliação apresentam posicionamentos superiores nos níveis de percepção do desenvolvimento pessoal e profissional e da melhoria da qualidade



dos cuidados prestados comparativamente aos que não participaram na definição das mesmas normas e critérios, sendo essa diferença mais marcada na dimensão *Relatório Critico de Actividades* e menos na dimensão *Atribuição da Menção Qualitativa* para o DPP e na *Entrevista Orientação periódica* para a MCP. Assim, constatamos a existência de diferenças estatísticas altamente significativas ($p < 0,001$; $Z = -3,603$ para DPP; $Z = -3,767$ para MCP), relativamente à dimensão *Relatório Critico de Actividades*; e bastante significativas ($p < 0,01$) para as dimensões *Entrevista de Orientação Inicial* ($Z = -6,282$ para DPP; $Z = -2,817$ para MCP) e *Conteúdo Entrevista Orientação Periódica* ($Z = -2,834$ para DPP; $Z = -2,930$ para MCP), também para a *Interacção na Entrevista Orientação Periódica* mas apenas para o DPP ($Z = -2,389$). É de salientar que para a percepção global existem diferenças estatísticas bastante significativas para o DPP ($Z = -2,930$) e para a MCP ($Z = -2,757$), o que nos leva a concluir que as hipóteses por nós formuladas (H_{1a} e H_{1b}) são aceites, logo a hipótese geral (H_1) é aceite, rejeitando-se a hipótese estatística (H_0).

H₂ – *A percepção dos enfermeiros relativamente aos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho, varia em função da frequência de acções de formação sobre o tema “avaliação do desempenho”.*

H₂ a) *Há variações estatisticamente significativas na percepção dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros em função da frequência de acções de formação sobre o tema “avaliação do desempenho”.*

H₂ b) *Há variações estatisticamente significativas na percepção dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para a melhoria dos cuidados prestados em função dos enfermeiros terem ou não frequentado acções de formação sobre o tema “avaliação do desempenho”.*

Pela análise do quadro 14 podemos dizer que os enfermeiros que frequentaram acções de formação subordinadas ao tema “avaliação do desempenho”, apresentam médias superiores nos níveis de percepção dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para o DPP e para a MCP (mais significativa na dimensão *Atribuição da Menção Qualitativa* e menos no *Conteúdo da Entrevista Orientação periódica* para o DPP e na dimensão *Interacção Entrevista Orientação periódica* para a MCP),



comparativamente aos que não participaram nas mesmas acções de formação, com excepção para a dimensão *Relatório Crítico de Actividades*, onde são os que não participam nas acções de formação que percebem que a avaliação do desempenho lhe fornece mais contributos para o seu DPP e para a MCP. Contudo, constatamos a inexistência de diferenças estatísticas significativas ($p>0,05$) para todas as dimensões e para a percepção global, o que nos leva a concluir que as hipóteses por nós formuladas (H_{2a} e H_{2b}), não são aceites, rejeitando-se também a hipótese geral (H_2), prevalecendo a hipótese estatística (H_0).

Quadro 14 – Resultados do Teste U de Mann-Whitney relativo á percepção dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para o DPP dos enfermeiros e para a MCP em função da frequência de acções de formação sobre avaliação de desempenho: média (\bar{x}), valor do teste (Z) e significância (P)

Frequência de acções de formação		Sim		Não		$\bar{x}_1 - \bar{x}_2$	Z	p
Dimensões da variável dependente		n	\bar{x}_1	N	\bar{x}_2			
Entrevista Orientação Inicial	DPP	99	84.94	65	78.77	6.17	-0.821	ns
	MCP		85.29		78.25	7,04	-0.944	ns
Entrevista Orientação periódica	DPP	92	79.76	61	72.84	6.92	-0.972	ns
	MCP		78.90		74.13	4.77	-0.672	ns
Conteúdo Entrevista Orientação periódica	DPP	90	76.05	61	75.93	0.12	-0.018	ns
	MCP		79.41		70.98	8.43	-1.218	ns
Interacção Entrevista Orientação periódica	DPP	93	78.39	60	74.85	3.54	-0.496	ns
	MCP		78.01		75.44	2.57	-0.356	ns
Relatório critico de actividades	DPP	114	93.96	79	101.39	-7.43	-0.910	ns
	MCP		94.15		101.11	-6.96	-0.851	ns
Atribuição Menção Qualitativa	DPP	107	96.60	75	84.23	12.37	-1.592	ns
	MCP		95.21		86.21	9.00	-1.152	ns
Percepção global da variável dependente	DPP	114	99.34	79	93.63	5.71	-0.698	ns
	MCP		98.87		94.30	4.57	-0.560	ns

ns – não significativo ($>0,005$)



H₃ – *Os enfermeiros percebem que os contributos fornecidos pela avaliação do desempenho são diferentes, consoante trabalham em hospitais ou centros de saúde.*

H₃ a) *Há diferenças estatisticamente significativas na percepção dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, consoante trabalham em hospitais ou centros de saúde.*

H₃ b) *Há diferenças estatisticamente significativas na percepção dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para a melhoria dos cuidados prestados, consoante os enfermeiros trabalham em hospitais ou centros de saúde.*

Quadro 15 – Resultados do Teste U de Mann-Whitney relativo à percepção dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para o DPP dos enfermeiros e para a MCP em função da organização onde os enfermeiros exercem a sua actividade profissional (hospital/centro de saúde): média (\bar{x}), valor do teste (Z) e significância (P).

Organização em que trabalha		Hospital		Centro de Saúde		$\bar{x}_1 - \bar{x}_2$	Z	p
Dimensões da variável dependente		n	\bar{x}_1	N	\bar{x}_2			
Entrevista Orientação Inicial	DPP	92	82.62	72	82.35	0.27	-0.037	ns
	MCP		77.98		88.27	-10.29	-1.398	ns
Entrevista Orientação periódica	DPP	84	72.57	69	82.39	-9.82	-1.400	ns
	MCP		68.63		87.20	-18.57	-2.659	**
Conteúdo Entrevista Orientação periódica	DPP	83	75.51	68	76.60	-1.09	-0.159	ns
	MCP		79.51		71.71	7.80	-1.142	ns
Interacção Entrevista Orientação periódica	DPP	83	80.84	70	72.45	8.39	-1.201	ns
	MCP		78.67		75.01	3.66	-0.519	ns
Relatório critico de actividades	DPP	104	98.25	89	95.54	2.71	-0.336	ns
	MCP		97.94		95.90	2.04	-0.252	ns
Atribuição Menção Qualitativa	DPP	100	89.17	82	94.34	-5.17	-0.671	ns
	MCP		91.60		91.38	0.22	-0.029	ns
Percepção global da variável dependente	DPP	104	95.72	89	98.49	-2.77	-0.344	ns
	MCP		93.83		100.70	-6.87	-0.852	ns

**p<0,01

ns – não significativo (>0,005)



Conforme se apresenta no quadro anterior, os enfermeiros que exercem a sua actividade profissional no hospital apresentam médias superiores nos níveis de percepção dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para o seu DPP e para a MCP, comparativamente aos que a exercem nos centros de saúde, com excepção para a dimensão Entrevista de Orientação Periódica e Percepção Global da melhoria dos cuidados prestados, onde são os enfermeiros que trabalham nos centros de saúde que revelam maior percepção. Os enfermeiros dos centros de saúde mostram ainda maior percepção relativamente aos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho nas dimensões Conteúdo Entrevista Orientação periódica e Atribuição Menção Qualitativa para o DPP e na Entrevista Orientação Inicial para a MCP. Contudo, constatamos que em termos globais são os enfermeiros do centro de saúde que apresentam uma melhor percepção dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para o seu DPP e para a MCP. Ainda assim verificamos a inexistência de diferenças estatísticas significativas ($p > 0,05$) para todas as dimensões e para a percepção global, com excepção para a dimensão Entrevista de Orientação Periódica ($p < 0,01$ – bastante significativo; $Z = -2,659$) e apenas relativamente à MCP, o que nos leva a concluir que as hipóteses por nós formuladas (H_{3a} e H_{3b}), não são aceites, rejeitando-se também a hipótese geral (H_3), prevalecendo a hipótese estatística (H_0).

***H₄** – Existem diferenças estatisticamente significativas na percepção dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho, em função da categoria profissional do enfermeiro.*

H_{4a}) Existem diferenças estatisticamente significativas na percepção dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para o desenvolvimento pessoal e profissional, em função da categoria profissional do enfermeiro.

H_{4b}) H_{4a}) Existem diferenças estatisticamente significativas na percepção dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para a melhoria dos cuidados prestados, em função da categoria profissional do enfermeiro.



Quadro 16 – Resultados do Teste de Kruskal-Wallis relativo à percepção dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para o DPP dos enfermeiros e para a MCP em função da categoria profissional dos enfermeiros: média (\bar{x}), valor do teste (Kw) e significância (P)

Categoria profissional Dimensões da variável dependente		Enfermeiro		Enf. Graduado		Enf. Especialista		Kw	p
		n	\bar{x}	n	\bar{x}	N	\bar{x}		
Entrevista Orientação Inicial	DPP	25	67.62	114	83.13	25	94.50	4.145	ns
	MCP		69.14		82.95		93.80	3.512	ns
Entrevista Orientação periódica	DPP	22	64.11	110	77.99	21	85.33	2.801	ns
	MCP		60.11		78.71		85.71	4.434	ns
Conteúdo Entrevista Orientação periódica	DPP	21	63.81	107	79.58	23	70.48	2.928	ns
	MCP		61.00		79.53		73.28	3.573	ns
Interacção Entrevista Orientação periódica	DPP	20	79.43	109	77.58	24	72.33	0.365	ns
	MCP		78.90		78.89		66.81	1.563	ns
Relatório Critico de Actividades	DPP	28	98.39	134	95.78	31	101.02	0.242	ns
	MCP		93.00		96.31		103.61	0.600	ns
Atribuição Menção Qualitativa	DPP	25	75.26	128	93.98	29	94.57	2.875	ns
	MCP		79.84		94.11		90.05	1.611	ns
Percepção global da variável dependente	DPP	28	83.46	134	99.89	31	96.73	2.004	ns
	MCP		83.98		100.36		94.24	2.081	ns

ns – não significativo (>0,005)

Da análise do quadro 16, podemos verificar que relativamente à percepção global dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para o DPP dos enfermeiros e para a MCP, os enfermeiros graduados são os que possuem, em média, maior/melhor percepção (99,89 e 100,36 para o DPP e MCP respectivamente), seguido dos enfermeiros especialistas, mas estes com \bar{x} =96,73 para o DPP e \bar{x} =94,24 para a MCP. Já os enfermeiros (nível I, não graduados) são os que apresentam menor percepção dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para o DPP e para a MCP, (\bar{x} =83,46 e \bar{x} =83,98 respectivamente). Assim, constatamos a inexistência de diferenças estatisticamente significativas para qualquer uma das dimensões e para a percepção global



($p=0,535$), o que nos leva a concluir que as hipóteses por nós formuladas (H_{4a} e H_{4b}), não são aceites, rejeitando-se também a hipótese geral (H_4), prevalecendo a hipótese estatística (H_0). É ainda de referir que todos (enfermeiros, enfermeiros graduados e enfermeiros especialistas), percebem o *Relatório Crítico de Actividades* como sendo o que mais contribui para o seu desenvolvimento pessoal e profissional e para a melhoria dos cuidados prestados.

H_5 – *A percepção dos enfermeiros acerca dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho está correlacionada com o número de avaliações a que foi sujeito.*

H_5 a) *Há correlação estatisticamente significativa na percepção dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e o número de avaliações a que foi sujeito.*

H_5 b) *Há correlação estatisticamente significativa na percepção dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para a melhoria dos cuidados prestados e o número de avaliações a que o enfermeiro foi sujeito.*

Pela análise do quadro 17, verificamos que em termos de percepção global dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para o DPP e para a MCP, os enfermeiros com quatro avaliações são os que possuem, em média, maior/melhor percepção tanto para o DPP ($\bar{x}=105,48$), como para a MCP ($\bar{x}=106,10$), seguido dos enfermeiros avaliados por duas vezes (96,05 e 95,10, respectivamente). Já os enfermeiros com três avaliações são os que apresentam menor percepção relativamente aos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para a MCP ($\bar{x}=90,89$), mas para o DPP são os com apenas uma avaliação que apresentam percepções menos relativamente aos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho ($\bar{x}=89,41$). Assim, constatamos a inexistência de diferenças estatisticamente significativas para qualquer uma das dimensões e para a percepção global, ($p=ns$; $kw=2,384$ para o DPP e $p=ns$; $kw=2,569$ para a MCP), o que nos leva a concluir que as hipóteses por nós formuladas (H_{5a} e H_{5b}), não são aceites, rejeitando-se também a hipótese geral (H_5), prevalecendo a hipótese estatística (H_0).



Quadro 17 – Resultados do Teste de Kruskal-Wallis relativo à percepção dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para o DPP dos enfermeiros e MCP em função do número de avaliações a que o enfermeiro foi sujeito: média (\bar{x}), valor do teste (Z) e significância (P).

Numero de avaliações		Uma		Duas		Três		Quatro		kw	p
Dimensões da variável dependente		n	\bar{x}	n	\bar{x}	n	\bar{x}	n	\bar{x}		
Entrevista Orientação Inicial	DPP	25	79.00	41	80.37	43	87.00	55	82.15	0.619	ns
	MCP		84.28		82.30		82.70		81.68	0.055	ns
Entrevista Orientação periódica	DPP	22	67.14	35	84.09	43	78.83	53	74.93	2.291	ns
	MCP		66.80		83.77		78.29		75.72	2.195	ns
Conteúdo Entrevista Orientação periódica	DPP	21	70.67	35	86.61	41	73.12	54	73.38	2.960	ns
	MCP		71.55		86.97		67.72		76.91	4.295	ns
Interacção Entrevista Orientação periódica	DPP	20	78.43	35	81.69	42	72.39	56	77.02	9.918	ns
	MCP		77.85		84.81		76.50		72.19	1.830	ns
Relatório Critico de Actividades	DPP	34	98.84	46	95.47	51	86.61	62	105.68	3.339	ns
	MCP		95.90		95.87		85.65		107.78	4.459	ns
Menção Qualitativa	DPP	30	87.78	45	86.77	47	85.14	60	101.89	3.684	ns
	MCP		83.90		80.11		90.27		104.81	6.800	ns
Percepção global da variavel dependente	DPP	34	89.41	46	96.05	51	92.61	62	105.48	2.384	ns
	MCP		92.13		95.10		90.89		106.10	2.569	ns

ns – não significativo (>0,005)

H₆ – *Existem relações estatisticamente significativas na percepção dos enfermeiros sobre os contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para o seu desenvolvimento pessoal e profissional e a melhoria nos cuidados prestados.*

Pela análise do quadro 18, verificamos a existência de correlações positivas fortes nas interações de todas as dimensões da variável dependente e dos globais das percepções dos enfermeiros, o que nos diz que com o aumento percebido dos contributos da avaliação do desempenho para o desenvolvimento pessoal e profissional em cada dimensão, aumenta a percepção dos contributos da avaliação do desempenho para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Assim, constatamos a existência de diferenças estatísticas altamente significativas para todas as dimensões ($p=0,000$), o que nos leva a concluir que a hipótese por nós formulada (H₆) é aceite, rejeitando-se a hipótese estatística (H₀).



Quadro 18 – Correlação de Spearman relacionando os contributos fornecidos pela avaliação do desempenho dos enfermeiros para o seu DPP com a MCP.

Dimensões da “melhoria dos cuidados prestados”	Dimensões do “desenvolvimento pessoal e profissional”							
		E.O.I.	E.O.P.	C.E.O.P.	I.E.O.P.	R.C.A	A.M.Q.	Global
	E.O.I.	r = 0.767 p = ***	r = 0.484 p = ***	r = 0.439 p = ***	r = 0.317 p = ***	r = 0.460 p = ***	r = 0.432 p = ***	r = 0.623 p = ***
	E.O.P.	r = 0.522 p = ***	r = 0.796 p = ***	r = 0.550 p = ***	r = 0.472 p = ***	r = 0.469 p = ***	r = 0.429 p = ***	r = 0.696 p = ***
	C.E.O.P.	r = 0.502 p = ***	r = 0.500 p = ***	r = 0.800 p = ***	r = 0.496 p = ***	r = 0.456 p = ***	r = 0.337 p = ***	r = 0.673 p = ***
	I.E.O.P.	r = 0.406 p = ***	r = 0.504 p = ***	r = 0.563 p = ***	r = 0.817 p = ***	r = 0.423 p = ***	r = 0.341 p = ***	r = 0.672 p = ***
	R.C.A	r = 0.477 p = ***	r = 0.475 p = ***	r = 0.530 p = ***	r = 0.408 p = ***	r = 0.914 p = ***	r = 0.568 p = ***	r = 0.742 p = ***
	A.M.Q.	r = 0.330 p = ***	r = 0.301 p = ***	r = 0.385 p = ***	r = 0.177 p = ***	r = 0.467 p = ***	r = 0.823 p = ***	r = 0.638 p = ***
	Global	r = 0.635 p = ***	r = 0.656 p = ***	r = 0.722 p = ***	r = 0.594 p = ***	r = 0.697 p = ***	r = 0.734 p = ***	r = 0.915 p = ***

***p<0,001



5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

“é a generalização dos resultados obtidos pela análise, dos quais se elaborarão as inferências e generalizações cabíveis, com base nos resultados alcançados”

GIL (1989:87)

No capítulo anterior apresentamos e analisamos os dados obtidos, procurando salientar os resultados mais relevantes. Procedemos agora, à sua síntese e apreciação crítica, confrontando-os entre si e com o quadro teórico de referência, tentando realçar os seus significados e implicações para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e consequentemente para a melhoria das suas práticas de cuidados de saúde.

A avaliação dos resultados bem como a sua discussão não pode deixar de ter em conta algumas limitações da investigação realizada, impondo prudência na sua interpretação e generalização.

Entre as limitações, identificamos em primeiro lugar as fragilidades inerentes ao próprio estudo em que o instrumento utilizado e os processos metodológicos seguidos apesar de validados previamente poderão não ser totalmente consistentes.

Para além disso, o escasso tempo disponível para a colheita de dados não nos permitiu a constituição de uma amostra de maior dimensão, nem mais diferenciada como exigem os estudos desta natureza.

Um outro aspecto com implicações certamente relevantes nos resultados desta investigação tem a ver com a representação não equitativa das variáveis independentes: habilitações literárias, categoria profissional, participação na definição de normas e critérios, etc.

Não obstante, apesar das limitações referidas, foi possível construir um instrumento que avaliasse a percepção dos enfermeiros relativamente ao seu desenvolvimento pessoal e profissional e melhoria dos cuidados prestados em função dos contributos proporcionados pela avaliação do desempenho, contribuindo dessa forma para melhorar o conhecimento sobre o assunto.



A discussão dos resultados é organizada sequencialmente de modo a responder à questão de investigação e aos resultados alcançados com os testes das hipóteses levadas a efeito.

Segundo SEFERLIS (1998:9), “*o sexo e idade são variáveis caracterizadoras da amostra*”. Assim, relativamente à variável sexo verifica-se que os dados obtidos confirmam o sexo feminino (79,8%), como o mais predominante entre a classe profissional dos enfermeiros, conforme relatam as referências históricas da profissão.

Não devendo estes resultados ser extrapolados para outro contexto fora do âmbito deste estudo, convém referir que os resultados obtidos se aproximam dos apresentados por PEREIRA (1998:33), em que refere que na profissão de enfermagem “*a evolução do sexo feminino se tem verificado nos últimos 20 anos em Portugal, passando de 63,6% para 81,8%*”, aliás os dados revelados pela ordem dos enfermeiros em 2003, referem que 81% dos seus associados são do sexo feminino e apenas 19% do sexo masculino. Também CARAPINHEIRO (1997:63), apresenta o sexo feminino com uma representação de 82%. Um estudo mais antigo, realizado por CUNHA (1988:143), sobre a “*Avaliação do Pessoal de Enfermagem na Administração Regional de Saúde de Viseu*”, salienta a grande diferença entre os dois sexos, em que a representação feminina é da ordem dos 84,5%. Resultados semelhantes são apresentados por PIZURKI et al (1987:58), quando referem que a profissão de enfermagem no mundo, tem uma representação feminina de 90%.

Quanto á idade dos enfermeiros, os dados obtidos levam-nos a concluir que a nossa amostra é relativamente jovem, com uma média de idades de 37,55 anos, com um desvio padrão de 8,78, o que traduz de alguma forma a média de idades dos 43,874 enfermeiros inscritos na respectiva ordem no ano de 2003, que é de 36,8 anos. A diferença média de cerca de um ano poderá estar relacionada com o tamanho da nossa amostra, logo não representativa da população nacional, ainda assim digna de registo para a população de referência.

Relativamente ás habilitações literárias dos sujeitos, há um predomínio significativo do grau de licenciado (73,6%), o que parece dever-se às alterações académicas introduzidas no curso de enfermagem com a passagem do curso de bacharelato em Enfermagem ao curso de licenciatura em Enfermagem, requerendo a todos os enfermeiros o grau de licenciado para o exercício da profissão, sendo que os enfermeiros que já se



encontravam no activo teriam de fazer, até final de 2006, formação adicional conducente a esse grau. Dessa forma, antes das referidas alterações legislativas predominava o grau de bacharel, tal como nos é referido por SEFERLIS, (1998:10), “*relativamente á formação académica predomina a classe com bacharelato com 70%*” dos inquiridos.

As alterações na Carreira de Enfermagem, produzidas pelo Decreto-lei nº 412/98 de 30 de Dezembro, que revogou o Decreto-lei nº 437/91 de 8 de Novembro explicam a predominância da categoria de enfermeiro graduado (69,4%) entre as demais. Essas alterações conduziram à transição automática da categoria enfermeiro para enfermeiro graduado ao fim de 6 anos de efectivo serviço e avaliação do desempenho de *Satisfaz*, sendo que anteriormente se fazia apenas por concurso público de entre os enfermeiros com pelo menos três anos de experiência profissional efectiva. Também a baixa percentagem de enfermeiros especialistas, parece dever-se, por um lado, à não abertura de cursos de especialidade nas Escolas de Enfermagem entre (1998-2003), e por outro à progressão de muitos enfermeiros especialistas à categoria de enfermeiro chefe, já que segundo o mesmo Decreto-lei a promoção se faz de entre os detentores de especialidade. Ainda assim, os nossos resultados são próximos dos referidos por RODRIGUES (2005:110), onde refere que 65,5% dos enfermeiros tem a categoria de enfermeiro graduado. O mesmo acontece com PEREIRA (2001:58), que embora não apresente números, observa-se graficamente um predomínio claro da mesma categoria.

Os dados globais para o distrito de Aveiro (OE, 2004) e para as unidades de saúde exclusivamente públicas, mostram haver mais enfermeiros nos cuidados de saúde diferenciados (hospitais) do que nos cuidados de saúde primários (centros de saúde), mesmo apesar destes últimos terem mais incentivos (SEP, 1993). Esses valores podem traduzir um diferente reconhecimento social, logo uma desigual preferência de escolha. Poderá no entanto, dever-se talvez uma preocupação acrescida com o tratamento e com a doença e menor com a sua prevenção e com a promoção da saúde. Assim, existência de mais enfermeiros nos hospitais levou-nos a seleccionar um maior número de enfermeiros nessas unidades do que nos centros de saúde, o que explica a proporcionalidade para a selecção da amostra.

De acordo com a idade dos enfermeiros, referida anteriormente, também o tempo médio de exercício profissional se situa 14,57 anos. A conjugação da média da idade dos



enfermeiros com a média do tempo de exercício profissional, leva-nos a constatar que a população por nós inquirida está numa fase física de boa performance para o trabalho e num período de boa maturação e consolidada experiência profissional, não tendo sido encontradas a este respeito, referências bibliográficas importantes.

Embora os enfermeiros já sejam sujeitos a avaliação das suas práticas há largos anos, essa avaliação teve entendimentos, denominações e regulamentações diversas, sendo a ultima designada por *“avaliação do pessoal de enfermagem”* e foi revogada pelo Despacho 2/93 de 30 de Março, que veio sistematizar e introduzir profundas alterações no regulamento da avaliação. Assim, com a entrada em vigor (1993) do supracitado despacho, compreende-se que o máximo de avaliações (pelo actual modelo), a que os enfermeiros tenham sido sujeitos tenha um máximo de (4) quatro avaliações.

Segundo CASCIO (1999:123), *“a avaliação do desempenho é definida como um processo de identificação, observação, medida e desenvolvimento do desempenho humano nas organizações. Cada uma destas componentes é associada a etapas importantes do processo de avaliação do desempenho”*. Nesse sentido o instrumento de colheita de dados por nós desenvolvido, confrontou os enfermeiros com seis etapas, a que chamamos dimensões da variável dependente. De acordo com a sua percepção, os enfermeiros eram convidados a responder em que medida cada uma das asserções dessas dimensões contribuíam para o seu desenvolvimento pessoal e profissional e para a melhoria da prestação de cuidados, (ALMADA, 1995).

Tendo em conta os resultados apresentados e em resposta parcial à questão de investigação formulada, podemos concluir que os dados obtidos suportam empiricamente que a avaliação do desempenho contribui para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e consequentemente para a melhoria dos cuidados prestados, diferenciando-se, no entanto nos dois momentos (DPP e MCP) e nas seis dimensões.

Assim, constata-se que na dimensão *Entrevista de Orientação Inicial*, os enfermeiros inquiridos, consideram que o que mais contribui para o seu desenvolvimento pessoal e profissional foi a *“integração nos métodos de trabalho na instituição/serviço”* e para a melhoria dos cuidados prestados foi a sua *“integração nos objectivos da instituição ou serviço”*, o que é sustentado por MADDUX (2001:13), quando refere que *“a definição de objectivos dá-nos um sentido de direcção, uma definição do que planeamos concretizar, e*



um sentido de realização quando eles são atingidos”, ajudando-nos a entender a maior importância que lhes é atribuída pelos enfermeiros, não só como definição do que se visa atingir mas também como método ou forma de o atingir. Por outro lado, o que menos contribui para o desenvolvimento pessoal e profissional, mas também para a melhoria dos cuidados prestados é a *“clarificação de papéis e acções a desenvolver no processo de orientação por cada um dos intervenientes”*. Estes resultados são consistentes com os resultados de um estudo realizado por PEREIRA (2001:89), segundo a qual *“são frequentes as referencias ao diálogo pouco consistente e aos benefícios dum líder presente e facilitador que promova a comunicação, que apoie e oriente (...)”*.

No que concerne à dimensão *Entrevista de Orientação Periódica*, a maioria dos enfermeiros considera o seu DPP associado ao *“desenvolvimento da capacidade de autoavaliação”*. Já a MCP é associada à promoção da *“autonomia no desempenho profissional e participação no trabalho de equipa”*.

Embora ao longo do tempo esta possibilidade de avaliação (autoavaliação) tenha sido pouco utilizada, ela é fortemente valorizada pelos enfermeiros, donde depreendemos que os enfermeiros requerem uma participação mais activa no processo de avaliação, comentando e apreciando o seu desempenho. Estes resultados, são discordantes com o que refere BERGAMINI (1998:47), *“as pessoas esquivam-se a participar na sua avaliação do desempenho.”*

Por outro lado os enfermeiros atribuem menos importância tanto para o seu DPP como para a MCP às contribuições da *Entrevista de Orientação Periódica* para o *“desenvolvimento do projecto profissional, de acordo com os objectivos, projectos e funcionamento da instituição/serviço”*.

Relativamente à dimensão *Conteúdo da Entrevista de Orientação Periódica*, tanto para o DPP como para a MCP, os enfermeiros denotam que essas entrevistas tiveram em conta *“os objectivos preconizados, as normas e os critérios de actuação profissional apresentados”*, mas estiveram especialmente viradas para as *“actividades realizadas, conforme o conteúdo funcional da sua categoria”*, aliás é isso que defende o regulamento da avaliação do desempenho (Despacho 2/93 de 30 de Março).

Na dimensão *Interacção na Entrevista de Orientação Periódica* os enfermeiros referem *“a análise, comparação e debate com o avaliador, acerca do seu desempenho”*



profissional no período de referência”, como um grande contributo tanto para o seu DPP como para a MCP, o que não corrobora os resultados de PEREIRA (2001:89), quando refere que se “*nota um sentimento de frustração devido à ausência de acompanhamento e orientação que se revela pela pouca adequação das estratégias usadas e principalmente pela ausência de reforços positivos.*” Por outro lado, são menos os que dizem “*estabelecer em conjunto com o avaliador, um plano de acção para o período seguinte*”, sendo percepcionado pelos enfermeiros como o que menos contribui para o seu DPP, contrariando assim o Despacho 2/93 que preconiza a elaboração dum plano orientador, das acções a desenvolver no período que medeia a próxima entrevista periódica. De igual modo, o que menos contribui para a MCP é a “*análise do projecto profissional e o plano de acção para o período em apreço*”, o que pode estar relacionado com o facto desse plano de acção não ter sido previamente elaborado na altura aconselhada, ou haver uma desfocagem da “*Entrevista de Orientação Periódica*” relativamente a esta asserção.

Quanto ao *Relatório Crítico de Actividades*, constatámos que é a dimensão percepcionada, como mais frequentemente presente na avaliação dos enfermeiros, tendo sido elaborado por todos os enfermeiros, diferindo dos resultados de RODRIGUES (2005:148), onde apenas “97,6% dos enfermeiros” o fizeram. No entanto o *Relatório Crítico de Actividades* aparece-nos (tanto a nível do DPP, como da MCP), como um documento mais virado para o “*relato das actividades que mais contribuíram para o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro*”, do que para as “*necessidades de formação identificadas no decorrer do desempenho*” e os “*factores que influenciam o rendimento*”. É de salientar uma baixa referência a “*sanções disciplinares, louvores e/ou distinções*”.

Finalmente na dimensão *Atribuição de Menção Qualitativa*, tanto para o DPP, como para a MCP, a maioria dos enfermeiros percepcionam-na como sendo “*referente às normas de actuação e critérios de avaliação do desempenho*”, o que explica a importância e a vantagem da sua elaboração. Parece-nos que as normas e critérios são a base de referência para uma avaliação do desempenho consistente, fundamentada e realista como é referido por AZEVEDO (1991:65), “*a avaliação somente poderá ser conduzida dentro de critérios, padrões e normas pré-estabelecidas tendo em vista a notável variabilidade da prática de saúde.*”



A *Atribuição de Menção Qualitativa* é menos referida (também para o DPP e para a MCP), como estando de acordo com os “*registos periódicos da avaliação do desempenho*”. Este facto pode estar relacionado com o formato do próprio processo, quanto á pouca diferenciação entre os avaliados e uma tendência para o nivelamento na menção qualitativa de *Satisfaz*, conforme refere PEREIRA (2001:89), “*é patente alguma insatisfação pelo facto do processo de avaliação só contemplar dois parâmetros de menção qualitativa, posicionando-se todos os enfermeiros no Satisfaz, independentemente do trabalho desenvolvido e interesse manifestado*”. No mesmo sentido, referimos no início do capítulo 1, “*estamos constantemente a avaliar as nossas capacidades (...), é compreensível que haja também a necessidade de avaliar os outros*”. A transversalidade dessa avaliação leva a percepções diferentes do desempenho dos diferentes colaboradores (pares), logo a um certo sentimento de injustiça na forma como por vezes é atribuída a menção qualitativa.

Desta forma pode concluir-se que, a estrutura multidimensional da percepção dos contributos da avaliação do desempenho, tem duas implicações.

A primeira, refere-se ao facto de não existirem enfermeiros que percepcionem na avaliação do desempenho mais contributos do que outros, mas sim contributos diferentes. Cada dimensão funciona como independente em termos globais, no entanto, o conjunto das dimensões formam um só todo, que se agrupa e concilia num “*terreno*” tão basto.

A segunda implicação, refere-se à multidimensionalidade da avaliação do desempenho, o que implica a necessidade de conhecer a percepção em cada uma das dimensões para conseguir um modo de intervenção mais direccionado, intencional e eficaz por forma a poder melhorar o processo e ainda mais o nível de participação de cada interveniente (neste caso estudámos apenas os avaliados), e consequentemente a prestação de cuidados de saúde.

Assim se conclui que, é extremamente importante conhecer as percepções dos enfermeiros (avaliados e avaliadores), para que depois, se possa actuar de uma forma consistente e realista sobre o seu desempenho profissional, cada vez mais em voga.

Posto isto, não podemos deixar de referir que os enfermeiros percepcionam que a avaliação do desempenho não é devidamente aplicada na sua avaliação, quer ao nível das várias asserções quer a nível de cada dimensão, conduzindo isso a enormes lacunas na



condução de todo o processo. A esse respeito não podemos deixar de citar PEREIRA (2001: 87), quando diz *“os participantes, que não concordam que o processo de avaliação do desempenho tenha contribuído para melhorar o desempenho, atribuíram isso ao facto do mesmo não estar a ser implementado conforme preconizado (...), dando ideia dum processo burocratizante e pouco estimulador (...)”*. No mesmo sentido CAETANO et al (2000:98), refere que *“o processo de avaliação do desempenho é considerado fundamental para um sistema de recursos humanos eficaz, mas para que tal aconteça, alguns problemas sobre o processo têm que ser ultrapassados, tais como procedimentos mal desenhados (ou aplicados) e fenómenos de resistência psicológica por parte dos gestores quanto a atribuírem avaliações negativas aos seus colaboradores”*.

Com o intuito de responder à questão de investigação e com o objectivo de discutir de forma critica a análise da relação existente entre cada uma das variáveis socioprofissionais consideradas e equacionadas em hipótese, com a percepção de desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e de melhoria dos cuidados prestados, é o que nos propomos de seguida.

Variável participação dos enfermeiros na definição de normas de actuação e critérios de avaliação para a unidade/serviço e a percepção de contributos da avaliação do desempenho para o DPP e para a MCP.

Sendo as normas de actuação e de critérios de avaliação, um dos pilares centrais da avaliação do desempenho, apenas 41,5% dos enfermeiros participaram ou deram a sua opinião para a sua elaboração. É notória, a não participação da maioria dos enfermeiros (58,5%) nesta actividade, contrariando por isso o próprio Decreto-lei, onde se invoca a sua participação, mas também colocando os enfermeiros á margem do processo logo á partida, (SERRA, 2000). Ainda assim, os resultados deste estudo são bastante superiores aos referidos por RODRIGUES (2005:127), em que *“apenas 23,8% dos enfermeiros referem ter participado na definição de normas e critérios de avaliação”*.

Relativamente à hipótese formulada, prevendo a existência de diferenças estatisticamente significativas na percepção dos contributos da avaliação do desempenho para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e para a melhoria dos cuidados prestados, em função da participação dos enfermeiros na definição de normas de



actuação e critérios de avaliação para a unidade/serviço, os resultados da investigação corroboram a hipótese formulada. Assim, entende-se que os enfermeiros que participam e dão a sua opinião para a definição de normas e critérios são os que percebem mais contributos à avaliação do desempenho para esses dois momentos (DPP e MCP), sendo mais significativo (altamente significativo, $p < 0.001$) na dimensão *Relatório Crítico de Actividades*. Pelo contrário não é significativo para as dimensões: *Entrevista Orientação Periódica e Atribuição de Menção Qualitativa*.

Convém referir que segundo o Despacho 2/93 de 30 de Março, a definição de normas de actuação e critérios de avaliação é uma competência do gestor operacional de enfermagem, isto é, o enfermeiro-chefe e que se encontra definida no conteúdo funcional da sua categoria, Decreto-lei nº 437/91 de 8 de Novembro. No entanto, deve ser requerida a participação activa de cada enfermeiro na elaboração dessas normas e critérios implicando-o em todo o processo, comprometendo-o e colocando-lhe na mão o controle das suas práticas de modo a que possa atingir um nível de excelência na prestação de cuidados de saúde (SERRA, 2000).

Conforme exara o Despacho 2/93 de 30 de Março, também SANTOS (1997:28), refere que “a actual avaliação do desempenho dos enfermeiros contém três grandes linhas orientadoras: sendo a primeira referente à melhoria da qualidade dos cuidados, pressupondo desde logo a criação de normas e critérios de avaliação adaptados a cada unidade ou serviço de saúde (...)”, mas o SEP (1993:1), recomenda que “os enfermeiros devem conhecer essas normas e critérios à partida para cada triénio.”

É importante que as normas e critérios tenham um padrão orientador, de referencial comparativo, tal como nos refere BARBIER (1985: 147), “o processo de avaliação deve ter por base um referente relativamente ao qual o juízo de valor se aplica ou é susceptível de ser aplicado”.

Podemos então concluir que se cada enfermeiro sabe o que fazer de acordo com as normas e critérios definidos e enquadrados no respectivo conteúdo funcional, isso só por si, dá-lhe um enorme carácter de obrigatoriedade para cumprir o preconizado e atingir os objectivos propostos. Estamos assim, a ir ao encontro dos objectivos da avaliação do desempenho e simultaneamente a caminhar no sentido da melhoria dos cuidados prestados (SILVA, 1994).



No entanto MARTINS et al (2004:23), adverte que por vezes “*as normas e critérios estabelecidos nem sempre têm em conta a realidade de alguns contextos de trabalho.*”

Dada a enorme importância da formação dos enfermeiros, para a familiarização com os objectivos da avaliação do desempenho e adesão ao processo, também aqui parece haver uma menor participação, sendo que apenas 59,1% dos enfermeiros referiram terem frequentado essas formações. De acordo com a análise da moda ($M_0=1$), podemos referir que a maioria dos enfermeiros só frequentou uma acção de formação sobre o tema “*avaliação do desempenho*”, o que parece reflectir a escassa preocupação com o desenvolvimento dessas competências e com a consolidação dos conhecimentos adquiridos relativamente a essa matéria, ou será como nos refere CHIAVENATO (1998:137), “*uma falha no processo de avaliação do desempenho por parte da instituição*”? Ou será ainda que, a formação sobre avaliação não é sentida como um contributo para melhorar a clareza e objectividade do processo?

Seja o que for, compreende-se que o processo de avaliação do desempenho dos enfermeiros necessite de um sistema de formação, que possibilite aos intervenientes os conhecimentos e as condições fundamentais á consecução da avaliação.

Variável frequência de acções de formação sobre o tema “avaliação do desempenho” e a percepção de contributos da avaliação do desempenho para o DPP e para a MCP.

Relativamente à hipótese formulada (H_2), prevendo variações estatisticamente significativas na percepção dos contributos da avaliação do desempenho para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e para a melhoria dos cuidados prestados, consoante os enfermeiros participaram ou não em acções de formação subordinadas ao tema “*avaliação do desempenho*”, os resultados da investigação encontrados não corroboram a hipótese, ou seja, não existem diferenças estatisticamente significativas na percepção dos enfermeiros relativamente aos dois momentos (DPP e MCP), que estejam relacionadas com o facto dos enfermeiros terem ou não participado em acções de formação sobre “*avaliação do desempenho*”.

Embora seja referido por SERFELIS (1998:9), que “*o processo de avaliação do desempenho necessita de um sistema de formação que permita aos intervenientes os*



conhecimentos e condições indispensáveis à sua consecução”, não parece que isso influencie a percepção dos enfermeiros. No entanto, PEREIRA (2001:69), refere que os enfermeiros do seu estudo “mostram descontentamento relativamente à formação que detém”. (...) “Reconhecem que a formação ministrada sobre o processo (avaliação do desempenho) pecou por não ter sido repetida, considerando insuficiente a informação que detém”. Acrescenta ainda que “a falta de conhecimentos mais profundos, se deveu, em parte, à pouca convicção colocada na formação, gerando alguma insegurança (...)”

No entanto deixamos o registo (preocupante!), do grande número de enfermeiros que no nosso estudo referem nunca terem tido formação nessa área e a maioria dos restantes apenas frequentaram uma acção de formação sobre a temática em apreço, o que contrasta com os dados recolhidos por PEREIRA (2001:68), quando refere que *“quase a totalidade dos enfermeiros confirmou ter tido formação nesta área, com excepção de um (...), por na altura 92/93 estar ausente da instituição.”*

No presente contexto, não temos dúvidas que o elevado número de enfermeiros que referem nunca ter frequentado acções de formação sobre avaliação do desempenho interfere negativamente no processo avaliativo, contribuindo para gerar algumas lacunas que transversalmente enviesam os objectivos preconizados.

Variável *organização em que trabalha* e a percepção de contributos da avaliação do desempenho para o DPP e para a MCP.

Relativamente à hipótese formulada (H₃) prevendo que os enfermeiros que trabalham nos hospitais e nos centros de saúde têm diferentes percepções relativamente aos contributos da avaliação do desempenho para o DPP e MCP, os resultados da investigação não corroboram a hipótese, depreendendo-se daí que tanto uns como outros percebem a avaliação do desempenho como fomentadora do seu DPP e consequentemente da MCP, não existindo diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Embora seja referido na literatura que a avaliação do desempenho requer um acompanhamento efectivo de modo a corrigir desvios e promover o aperfeiçoamento e desenvolvimento dos profissionais (CHIEVENATO, 1998), (o que não parece ser possível num centro de saúde, dada a sua descentralização funcional). A esse respeito MARTINS et al (2004:24), referem que *“por vezes o contacto entre o avaliador e o enfermeiro é tão escasso que quando se*



deparam com o momento da avaliação, este não é mais do que um momento de constrangimento ”, daí esperarmos encontrar diferenças estatisticamente significativas que não se vieram a confirmar,

Ainda que não se tenham detectados essas diferenças entre os dois grupos, devido às múltiplas características organizacionais, contextos, objectivos e estratégias, os sistemas de avaliação do desempenho deveriam ser mais flexíveis, adaptando-se não só aos diferentes contextos, como também aos diferentes tipos de gestão organizacional, tal como é referido por MADUREIRA (2002:490), *“na Administração Pública Portuguesa existe a necessidade de criação de diferentes sistemas de avaliação do desempenho para realidades específicas dentro duma mesma realidade.”*

Variável *categoria profissional* do enfermeiro e a percepção de contributos da avaliação do desempenho para o seu DPP e para a MCP.

Relativamente à hipótese formulada (H₄) prevendo a existência de diferenças estatisticamente significativas na percepção dos contributos da avaliação do desempenho para o DPP e para a MCP em função da categoria profissional dos enfermeiros, mais uma vez os resultados da investigação não corroboram a hipótese, ou seja não existem diferenças estatisticamente significativas nas percepções dos enfermeiros, enfermeiros graduados e enfermeiros especialistas, embora todos eles considerem que a avaliação do desempenho contribua para o seu DPP e MCP.

Um dos objectivos da avaliação do desempenho profissional dos enfermeiros citado no seu artigo nº 43 *“é contribuir para a valorização tanto pessoal como profissional de modo a possibilitar a sua progressão e promoção na carreira de enfermagem”, referindo SILVA (1994:6), que nesse sentido “ a avaliação do desempenho é a apreciação sistemática do exercício profissional do enfermeiro, na sua categoria, no seu cargo, na sua unidade de cuidados, no seu estabelecimento ou serviço e do seu potencial de auto-aperfeiçoamento, para determinar o valor, a excelência, as capacidades do enfermeiro na sua prática com a finalidade de o ajudar a desenvolver pessoal e profissionalmente e proporcionar aos utentes do estabelecimento ou serviço, cuidados de enfermagem de melhor qualidade”.*



Também o Decreto-lei nº 437/91 de 8 de Novembro, que regulamenta a Carreira de Enfermagem fundamenta que é requerido maiores competências consoante se ascende na hierarquia da carreira de enfermagem, logo seria de esperar que o âmbito, a abrangência e a globalidade de cuidados prestados pelo enfermeiro especialista fosse diferente das demais, tal como defende BILHIM (2002:55), *“a acumulação em conhecimentos permite ao trabalhador aumentar a sua capacidade produtiva, maximizando os seus rendimentos ao longo da vida”*, conduzindo também a diferenças nas suas percepções.

Dado que não obtivemos diferenças estatisticamente significativas e que a literatura não fundamenta os resultados obtidos, entendemos que a ausência dessas diferenças para os diversos níveis hierárquicos podem estar diluídas nos momentos de avaliação que os enfermeiros percebem como não praticados na sua avaliação, tal como nos refere PEREIRA (2001:88), *“o êxito da avaliação do desempenho pode passar pelo aprimorar da função de supervisão, ou seja, observação, orientação e apoio”*, ou ainda estarem relacionados com um estilo directivo e centralizador por parte do avaliador.

Variável *número de avaliações do enfermeiro e a percepção de contributos da avaliação do desempenho para o DPP e para a MCP.*

Quanto à hipótese formulada (H_5), prevendo a existência de diferenças estatisticamente significativas na percepção dos contributos da avaliação do desempenho para o DPP e para a MCP em função do número de avaliações a que o enfermeiro foi sujeito, os resultados da investigação não corroboram a hipótese formulada, entendendo-se que independentemente do número de avaliações a que os enfermeiros tenham sido sujeitos, isso não contribui para diferentes percepções em termos de contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para o DPP e para a MCP.

Reportando-nos mais uma vez ao Despacho 2/93 de 30 de Março entendemos que a filosofia da avaliação do desempenho dos enfermeiros *“pressupõe uma avaliação contínua, em que a orientação do pessoal de enfermagem é dirigida no sentido de os ajudar a alcançar e manter elevados padrões de qualidade nos cuidados”*.

Então, se ao longo de cada triénio a prossecução do processo de avaliação do desempenho deve detectar necessidades de formação, factores que influenciem o rendimento profissional, promovendo o desenvolvimento e o aperfeiçoamento do



enfermeiro e consequentemente melhorando a prestação de cuidados, tal como nos refere PEREIRA (2000:44) *“tem como finalidade melhorar os desempenhos da organização melhorando o desempenho individual, pressupondo a necessidade de convergência entre os objectivos institucionais e individuais para que haja crescimento e desenvolvimento recíproco”*, seria de esperar que para um maior número de avaliações correspondesse maior desenvolvimento pessoal e profissional e melhores desempenhos, logo melhores percepções.

Também MCCONNELL (2004:274), refere que *“a avaliação do desempenho é uma técnica vital de gestão, que quando incorporada no comportamento diário de um gestor, é inestimável em identificar e corrigir problemas no desempenho por parte dos subordinados”*, conduzindo assim a diferentes desempenhos, logo diferentes percepções. Ainda segundo o mesmo autor algumas vezes *“a atenção dada ao acompanhamento e à correcção são negligenciadas e tudo o que resta da avaliação do desempenho é uma periódica avaliação momentânea”*, o que poderá de alguma forma fundamentar os resultados por nós alcançados.

Variável desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e melhoria dos cuidados prestados.

A hipótese formulada (H₆), prevendo correlações estatisticamente significativas entre o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e a melhoria dos cuidados prestados veio a confirma-se, demonstrando os resultados alcançados que a avaliação do desempenho contribui efectivamente para o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro, reflectindo-se de forma altamente significativa (e para todas as dimensões), na melhoria dos cuidados prestados, referido por (COWLING, 1998), como seu principal objectivo.

Atendendo aos princípios orientadores da avaliação do desempenho dos enfermeiros, os resultados alcançados são consistentes com o preconizado pelo Despacho 2/93 de 30 de Março, onde se refere que *“a avaliação do desempenho prevista na carreira de enfermagem tem como finalidade a compatibilização entre o desenvolvimento profissional do enfermeiro e a melhoria dos cuidados”*.



Nesse sentido, a avaliação do desempenho é um processo formal, que decorre de forma contínua, articulada e sequencial, permitindo o acompanhamento e orientação individual do avaliado, de modo a que atinge níveis de desempenho progressivamente melhores, mantendo os objectivos e os níveis de qualidade definidos pela organização ou serviço. Dessa forma também CHIEVENATO (1998: 234), refere que “*o aperfeiçoamento pessoal e profissional dos colaboradores deve ser relevante e intencional, pelo que deverá ser precedido de avaliação e duma orientação efectiva conducentes a melhorias de desempenho*”. Ao que COWLING (1998:121), acrescenta “*os gestores que não aperfeiçoam nem avaliam o seu pessoal são gestores de nome, mas não de substância.*”

Embora a avaliação do desempenho de nível organizacional seja essencial, é indispensável ter presente que o mesmo depende, entre outras variáveis do desempenho profissional individual, daí a reconhecida importância na melhoria sustentada do desenvolvimento profissional (e pessoal), de cada colaborador. Se a nível individual a avaliação do desempenho contribui para dar feedback ao colaborador sobre o seu desempenho, detectar necessidades de formação e ao mesmo tempo orientá-lo no seu percurso e desenvolvimento profissional, (CAETANO 2000), por outro lado visa alcançar os objectivos organizacionais, melhorando a produtividade, diga-se aqui prestação de cuidados.

Contrariamente aos nossos resultados Napier e Latham (1989), citados por MADUREIRA (2002:488), referem que “*segundo a opinião da maioria dos quadros dirigentes, a avaliação do desempenho ainda que conduzida de forma coerente e sistemática não contribui em nada para melhorias de produtividade*”.

Por outro lado, SIMÕES (2000:5), refere que “*a avaliação mesmo quando conduzida sem os rigores técnicos, introduz mecanismos de organização da informação sobre aspectos ou sectores específicos duma organização ou área de actividade, que tem como consequência promover um olhar sobre si mesma, procurar uma explicação, um sentido para a acção empreendida, melhorando os resultados ou a sua eficácia.*”

Entendemos assim, que apesar de algumas lacunas reconhecidas ao processo de avaliação do desempenho dos enfermeiros, referidas por PEREIRA (2001), RODRIGUES (2005), mas também identificadas ao longo do presente estudo, os enfermeiros lhe reconheçam contributos importantes para o seu desenvolvimento pessoal e profissional,



assim como para melhorias na prestação de cuidados. Ainda assim, e apesar de toda a confusão que nesta altura nos possa causar, não podemos deixar de citar BERGAMINI (1998:13), quando refere que *“a avaliação do desempenho é, portanto, mais uma questão de atitude do que de técnica.”*

Quiçá uma boa técnica aliada a uma boa atitude!



CONCLUSÕES

Quando tanto se fala do peso da Administração Pública, dos gastos públicos e dos encargos que a arrastam, parece-nos útil referir que a sua reforma passa fundamentalmente pelo seu *capital humano*. Os funcionários públicos são em nosso entender os agentes da mudança e a chave da estratégia para a modernização. Essa estratégia não se define sem fundamentos e sem o conhecimento interno e rigoroso da realidade, talhando medidas avulsas por vezes desajustadas. Para ultrapassar estes problemas é preciso descer a um nível de maior profundidade, identificar problemas concretos e delinear estratégias para a sua resolução, tentando compreender tanto as necessidades individuais como organizacionais, de forma a rentabilizar o potencial das pessoas, promovendo o seu desenvolvimento pessoal e profissional, adequado as suas práticas aos novos tempos e às novas exigências.

Ao finalizarmos o presente estudo, não podemos esquecer a motivação inicial para a sua realização, porém nalguns momentos menos bons sentimos algum desalento, que duma forma ou de outra conseguimos superar. Não podemos deixar de referir o quanto aprendemos e a satisfação que nos deu a sua realização, não só pelo trabalho em si, mas também pelas mais valias que poderá trazer para a aplicação do próprio processo, mas também para melhorar o conhecimento sobre a avaliação do desempenho dos enfermeiros.

Parecendo avizinharemos modificações no processo de avaliação do desempenho da Administração Pública através do SIADAP (Lei 10/2004 de 22 de Março), ao qual certamente não escaparão os enfermeiros, parece-nos proveitoso relembrar que o modelo de avaliação agora em vigor foi implantado em 1993, não havendo estudos importantes que sustentem a sua supressão ou substituição. Da mesma forma os seus benefícios parecem ser pouco conhecidos!

A amostra do presente estudo é constituída por 193 enfermeiros de hospitais (53,9%) e centros de saúde (46,1%), ligados à prestação directa de cuidados de saúde, nomeadamente Enfermeiros (14,5%), Enf. Graduados (69,4%) e Enf. Especialistas (16,1%), que tenham sido sujeitos a avaliação do desempenho pelo menos uma vez. A média das suas idades é de 37,55 anos, variando entre 24 e 62. Também a média de anos de exercício profissional é de 14,54 anos, com mínimo de 3 e máximo de 37.



Todos os enfermeiros conhecem alguns dos objectivos da avaliação do desempenho sendo o “*Reconhecer o desempenho individual*” e o “*Identificar deficiências de desempenho*” os mais referidos, com 89,6 % e 87,0% respectivamente, contrariamente ao “*Decidir sobre remunerações ou prémios*” que é referido apenas por 22,3% dos enfermeiros.

Relativamente à questão aberta nº17, onde se pedia algum comentário ou sugestão sobre o processo de Avaliação do Desempenho Profissional dos Enfermeiros, as respostas foram tão baixas (9), que consideramos insuficientes para análise, no entanto foi referido em quase todas as respostas dadas, a pouca diferenciação da menção qualitativa (*Satisfaz e Não Satisfaz*).

Da análise global dos dados recolhidos constatámos que os enfermeiros percebem a avaliação do desempenho como geradora de contributos importantes para o seu desenvolvimento pessoal e profissional e que isso se reflecte de forma altamente significativa em melhorias na prestação de cuidados, no entanto não podemos deixar de referir que apesar dos resultados alcançados, há um elevado número de enfermeiros que referem lacunas na aplicação do processo de avaliação, sendo que existem itens que nunca foram aplicados na sua avaliação. Consideramos que este deverá ser um dos aspectos a ter em consideração na análise das práticas da avaliação do desempenho e na aplicação do processo por parte dos avaliadores de enfermagem (geralmente o enfermeiro chefe).

Na globalidade podemos referir a oportunidade do processo de avaliação do desempenho dos enfermeiros prosseguir conforme regulamentado, devendo no entanto serem canalizados esforços no sentido de aprimorar as lacunas anteriormente referidas e outras que possam existir, de forma a tornar o processo mais preciso e objectivo, gerando mais valias para todos os “*stakeholders*”.

Relativamente à análise inferencial dos testes de hipóteses, verificámos que em termos globais os enfermeiros que participaram na definição de normas e critérios para a unidade ou serviço apresentam posicionamentos superiores nos níveis de percepção do desenvolvimento pessoal e profissional e da melhoria da qualidade dos cuidados prestados comparativamente aos que não participaram na definição das mesmas normas e critérios, diferenças que se revelaram estatisticamente significativas (bastante significativas $p < 0,01$).



Da mesma forma, também os enfermeiros que frequentaram acções de formação subordinadas ao tema “avaliação do desempenho”, apresentam globalmente médias superiores nos níveis de percepção dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para o DPP e para a MCP, comparativamente aos que não participaram nas mesmas acções de formação, não se verificando aqui diferenças estatisticamente significativas.

Embora não haja diferenças estatisticamente significativas constatamos que os enfermeiros que exercem a sua actividade profissional nos centros de saúde apresentam médias superiores nos níveis de percepção dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para o seu DPP e para a MCP, comparativamente aos que a exercem no hospital.

Quanto à percepção global dos contributos fornecidos pela avaliação do desempenho para o DPP dos enfermeiros e para a MCP, os enfermeiros graduados são os que possuem, em média, maior/melhor percepção, seguido dos enfermeiros especialistas e finalmente os enfermeiros (nível I, não graduados) são os que apresentam menor percepção, embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas.

No que toca ao número de avaliações, são os enfermeiros com quatro avaliações os que possuem, em média, maior/melhor percepção tanto para o DPP como para a MCP, seguido dos enfermeiros avaliados por duas vezes. Já os enfermeiros com três avaliações são os que apresentam menor percepção. Ainda assim, constatamos a inexistência de diferenças estatisticamente significativas para qualquer uma das dimensões e para a percepção global.

Da correlação entre o DPP e a MCP, salientamos a existência de correlações positivas fortes nas interacções de todas as dimensões da variável dependente e dos globais das percepções dos enfermeiros, o que nos diz que com o aumento percepcionado dos contributos da avaliação do desempenho para o desenvolvimento pessoal e profissional em cada dimensão, aumenta a percepção dos contributos da avaliação do desempenho para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.



Limitações do Estudo

A avaliação dos resultados não pode deixar de ter em conta algumas limitações da *investigação realizada, impondo prudência na sua interpretação e generalização.*

Entre as limitações, identificamos em primeiro lugar as fragilidades inerentes ao próprio estudo, em que o instrumento utilizado, apesar da consistência dos resultados contou apenas com uma validação inicial. Mais uma vez nos referimos aos itens não praticados na avaliação dos enfermeiros os quais podem ter gerado algum nível de enviesamento.

Para além disso, o escasso tempo disponível para a recolha de dados não nos permitiu a constituição de uma amostra mais diversificada e de maior dimensão, num universo tão vasto.

Um outro aspecto com implicações certamente relevantes nos resultados desta investigação tem a ver com a representação não equitativa de algumas variáveis independentes.

Não obstante, apesar das limitações referidas, foi possível com o estudo realizado construir um instrumento que avaliasse alguns os contributos da avaliação do desempenho, pudemos ainda, dar resposta à questão de investigação e testar as hipóteses formuladas.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ALARCÃO, Madalena (2000). *(Des)Equilíbrios Familiares: uma visão sistémica*. Quarteto. Coimbra.
- ALMADA, Joana Reis (1995). *Avaliação de Desempenho na Carreira de Enfermagem*. In revista Sinais Vitais. N.º 2, Fevereiro. Coimbra.
- ALMEIDA, Fernando Neves de (1996). *Avaliação de Desempenho para Gestores*. Editora McGraw-Hill. Lisboa.
- ALMEIDA, Fernando Neves de (1999). *Avaliação de desempenho para gestores*. 2ª Edição. Editora McGraw-Hill. Lisboa.
- ALMODOVAR, Fernando (2002). *O panorama da gestão de pessoal nos serviços públicos*. A Reinvenção da Função Pública. In Acta Geral do 3º encontro do INA. Lisboa.
- AMARAL, Amândio (1990). *Avaliação de Pessoal*. In Revista Divulgação. Ano IV, n.º 13. Janeiro. Porto.
- ATKINSON, Leslie; MURRAY, M. Ellen. (1989). *Fundamentos de Enfermagem. Introdução ao Processo de Enfermagem*. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro.
- AZEVEDO, António C. (1991). *Avaliação de Desempenho de Serviços de Saúde*. In Revista de Saúde Pública. Ano IV, n.º 25. S. Paulo.
- BACAL, Robert (1999). *Performance Management*. McGraw-Hill Companies, Inc. Toronto.
- BARBIER, J. (1985). *A Avaliação em Formação*. Edições Afrontamento. Porto.
- BEER, Michel (1993). *Apreciação do Desempenho. Dilemas e Possibilidades*. Revista Divulgação. Ano VII, n.º 27, Julho. Porto.
- BENTO, Luís (2002). *A Gestão de Pessoal nos Serviços Públicos*. A Reinvenção da Função Pública. In Acta Geral do 3º encontro do INA. Lisboa.
- BERGAMINI, Cecília W. ; BERALDO, Deobel G. R. (1998). *Avaliação do Desempenho Humano na Empresa*. 4ª Edição. Editora Atlas. São Paulo.



- BILHIM, João Abreu de Faria (1998). *Metodologia e Técnicas de Avaliação*. A avaliação na Administração Pública. In Acta Geral do 1º Encontro do INA. Lisboa.
- BILHIM, João Abreu de Faria (2002). *Questões Actuais de Gestão de Recursos Humanos*. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Lisboa.
- CAETANO, António (1996). *Avaliação do Desempenho: Metáforas, Conceitos e Prática*. Editora RH. Lisboa.
- CAETANO, António et al. (2000). *Mudança Organizacional e Gestão de Recursos Humanos*. Observatório do Emprego e Formação Profissional. Lisboa.
- CAETANO, António; VALA, Jorge (2000). *Gestão de Recursos Humanos: Contextos, Processos e Técnicas*. Editora RH. Lisboa.
- CAMARA, Pedro B. da et al. (1997). *Humanator: Recursos Humanos e Sucesso Empresarial*. Publicações D. Quixote. Lisboa.
- CAMARA, Pedro B. da et al. (2001). *Humanator: Recursos Humanos e Sucesso Empresarial*. 2ª Edição. Publicações D. Quixote. Lisboa.
- CAMILO, Ana Paula Macedo et al (1999). *Avaliação do desempenho*. In Revista Informar. Ano V, n.º16, Janeiro/Março. Porto.
- CAMPOS, António Correia de (1998). *Avaliação dos Serviços de Saúde*. A avaliação na Administração Pública. In Acta Geral do 1º Encontro do INA. Lisboa.
- CAMPOS, António Correia de (2002). *Das queixas às satisfações: Dos riscos às oportunidades*. A Reinvenção da Função Pública. In Acta Geral do 3º encontro do INA. Lisboa.
- CANDEIAS, Ana (1998). *Avaliação do desempenho*. In Revista Enfermagem em Foco. Ano VIII, n.º31, Julho. Lisboa.
- CARAPINHEIRO, Graça ; LOPES, Noémia M. (1997). *Recursos e Condições de trabalho dos Enfermeiros Portugueses*. SEP. Lisboa.
- CARDON, Melissa S.; STEVENS Christopher E. (2004). *Managing Human Resources in Small Organizations*. Human Resource Management Review 14. New York
- CARVALHO, Rogério de (1998). *Avaliação de Serviços Públicos*. Avaliação da Administração Pública. In Acta Geral do 1º encontro do INA. Lisboa



- CASCIO, Wayne; THACKER, James W.; BLAIS, René (1999). *La Gestion des ressources Humaines*. Chenelière/McGraw-Hill. Toronto.
- CHIAVENATO, Idalberto (1987). *Administração de Recursos Humanos*. 2ª Edição, Vol. 2. Editora Atlas. São Paulo.
- CHIAVENATO, Idalberto (1994). *Recursos Humanos*. 3ª edição, Editora Atlas. São Paulo.
- CHIAVENATO, Idalberto (1998). *Desempenho Humano nas Empresas: Como desenhar cargos e avaliar o desempenho*. Editora Atlas. São Paulo.
- CHIAVENATO, Idalberto (1999). *Gestão de Pessoas: O novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Editora Campus. Rio de Janeiro.
- CLEVELAND J. N.; MURPHY, K. R. (1992). *Analyzing performance appraisal as a goal-directed behavior*. In G. Ferris e K. Rowland (Eds.), *Research in personnel and human resources management*, Vol.10. Greenwich, CT: JAI Press.
- CORDEIRO, Silvério dos Santos Brunhoso (1995). *Mudança organizacional e avaliação de desempenho*. Dissertação de Mestrado em Administração Pública. Escola de Economia e Gestão. Universidade do Minho. Adquirir.
- COSTA C.; REIS V. (1993). *O Sucesso nas Organizações de Saúde*. In revista Portuguesa de Saúde Pública. N.º 3, Julho/Setembro, ENSP. Lisboa.
- COSTA, J. Almeida; MELO, A. Sampaio. (2003). *Dicionário da Língua Portuguesa*. Porto Editora. Porto.
- COSTA, Paula A. C. Camelo F. da (1993). *A avaliação de desempenho*. Escola de Economia e Gestão. Universidade do Minho.
- COWLING, Alan; MAILER, Chloe (1998). *Gerir os Recursos Humanos*. Biblioteca de Economia & Empresa. Publicações Dom Quixote. Lisboa.
- CUNHA, Horácio R. (1988). *Avaliação do Pessoal de Enfermagem da Administração Regional de Saúde de Viseu*. Dissertação de Especialização em Administração de Serviços de Enfermagem. Escola de Enfermagem Pós-básica Dr. Ângelo da Fonseca. Coimbra.



- D'OLIVEIRA, Teresa (2002). *Teses e Dissertações. Recomendações para a elaboração e estruturação de trabalhos científicos*. 1ª Edição. Editora RH. Lisboa.
- DUARTE, Filipe J. S.(1993). *Avaliação do Desempenho na Carreira de Enfermagem*. Cadernos de divulgação, 1. SEP. Lisboa
- ESTEVINHO, Nuno (2002). *Sistemas de avaliação de desempenho de unidades hospitalares de pequena dimensão*. Universidade do Minho.
- FERREIRA, J. M. Carvalho et al (2001). *Manual de Psicossociologia das Organizações*. Editora McGraw-Hill de Portugal. Lisboa.
- FORTIN, Marie-Fabienne (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Edições Lusociência. Loures.
- FREDERICO, M. M.; LEITÃO, M. A. (1999). *Princípios de Administração para Enfermeiros*. Editora Formasau. Coimbra.
- GAMERO, Manuel (1998). *A Avaliação na Administração Pública: Actores e Papeis*. A Avaliação na Administração Pública. In Acta Geral do 1º Encontro do INA. Lisboa.
- GIL, António Carlos (1989). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 2ª Edição. Editora Atlas. S. Paulo.
- GIL, António Carlos (1994). *Administração de Recursos Humanos. Um enfoque profissional*. Editora Atlas. S. Paulo.
- HILL, Manuela Magalhães; HILL, Andrew (2002). *Investigação por Questionário*. Edições Sílabo. Lisboa.
- JOHNSTON, Robert; CLARK, Graham (2001). *Service Operations Management*. Editora Prentice Hall. Gosport.
- KURCGANT, Paulina et al. (1991). *Administração em Enfermagem*. Editora Pedagógica e Universitária L.da. São Paulo.
- LATHAM, Gary P. et al (2005). *New Developments in Performance Management*. Organizational Dynamics, Vol.34, nº 1. New York
- LAWSON, Ian (1993). *Avaliação e Entrevista de Avaliação*. Editora Gradiva. Lisboa.



- LUCENA, Diva M.^a da S. (1976). *Avaliação do Desempenho*. Editora McGraw-Hill. São Paulo.
- MADDUX, Robert B. (2001). *Avaliação de Desempenho – Guia Prático para uma Avaliação de Desempenho mais Produtiva e Positiva*. Edição Monitor. Lisboa.
- MADUREIRA, (2002). *A Avaliação do Desempenho no Contexto da Administração Pública*. A Reinvenção da Função Pública. In Acta Geral do 3º encontro do INA. Lisboa
- MARQUES, Carlos A. (1992). *Da Avaliação de Desempenho à Avaliação de Desenvolvimento*. In Revista Análise Psicológica. Ano X, N.º 3. Julho-Setembro. Lisboa.
- MARTINS, Ana P. et al (2004). *Avaliação do Desempenho*. VII Curso de Complemento de Formação em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Santarém. Santarém.
- MCCONNEL, Charles R. (2004). *Managing Employee Performance*. The Health Care Manager. Volume 23. Number 3. July/September. New York.
- MINISTÉRIO DAS FINANÇAS (2004). *Avaliação do Desempenho*. Manual de Apoio. Secretaria de Estado da Administração Pública.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2001). *Tornar mais Eficiente o Desempenho*. Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. Lisboa.
- MONTEIRO, M. Lurdes (1979). *A Administração Federal da Confederação Helvética*. Revista de Administração Pública. Nº 5 Julho/Setembro. Lisboa.
- MOURA, Estêvão de (2000). *Gestão de Recursos Humanos – Influencias e determinantes do desempenho*. 1ª Edição. Edições Sílabo, Lda. Lisboa.
- NEVES, Maria Cassilda Pereira das (2001). *Avaliação do desempenho dos enfermeiros*. In revista Servir. Volume 49, n.º5, Setembro/Outubro. Lisboa.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004). *Qualidade e Produtividade em Enfermagem*. Lisboa.



- PEREIRA, Maria Alice Rodrigues (2001). *Avaliação do desempenho de enfermagem: utopia ou realidade*. Tese mestrado em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto.
- PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes (2000). *Análise de Dados para Ciências Sociais*. A Complementaridade do SPSS. Edições Sílabo. Lisboa.
- PIZURKI, Helena; et al (1987). *Women as Providers of Health care*. WHO. Genève.
- POLIT, Dennise; HUNGLER, Bernardete P. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ª Edição. Artes Médicas. Porto Alegre.
- QUIVY, R. CAPENHAUDT L. Van (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Edições Gradiva. Lisboa
- RATO, Helena (2002). *Avaliação do Desempenho*. A Reinvenção da Função Pública. In Acta Geral do 3º encontro do INA. Lisboa.
- ROCHA, J. A. (1997). *Gestão de Recursos Humanos*. Editorial Presença, Lisboa.
- ROCHA, J. A. (1999). *Gestão de Recursos Humanos*. 2ª Edição. Editorial Presença, Lisboa.
- RODRIGUES, Elsa M. V. (2005). *Avaliação do desempenho dos Enfermeiros e Percepção de Justiça Organizacional*. Dissertação de Mestrado em Gestão Pública. Secção Autónoma de Ciências Sociais Jurídicas e Políticas da Universidade de Aveiro.
- RODRIGUES, Mª João (1998). *Competitividade e Recursos Humanos*. 3ª Edição. Publicações D. Quixote. Lisboa.
- SÁ, José (2000). *Avaliação de Desempenho*. In Semanário económico, 25 de Fevereiro. Lisboa.
- SANTOS, M. Adelina (1997). *A avaliação do Desempenho e o Projecto Profissional*. Revista de Enfermagem. Volume 5, nº 9, Janeiro/Março. Lisboa.
- SANTOS, Cândida Maria de Freitas Moura Machado dos (1999). *A gestão de impressões na avaliação de desempenho*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Recursos Humanos. Escola de Economia e Gestão. Universidade do Minho.



- SEP, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (1993). *Avaliação do Desempenho da Carreira de Enfermagem*. In Cadernos de divulgação. Lisboa.
- SERFELIS A. (1998) – *Avaliação do desempenho dos enfermeiros*. Enfermagem em foco – SEP ano VIII, especial Julho de 1998 –nº 31. Lisboa
- SERRA, Anabela S. (2000). *Crescer em Enfermagem*. Revista Sinais Vitais. Julho. Coimbra.
- SILVA, António Manuel Santana (1995). *Avaliação de Desempenho: uma nova abordagem metodológica*. Tese de mestrado em Ciências Empresariais, I.S.C.T.E. Lisboa.
- SILVA, João Fernandes da (1993). *Jornadas de Estudo Sobre Avaliação do Desempenho dos Profissionais de Saúde*. In Revista Servir. Volume 42, n.º 2, Março-Abril. Lisboa.
- SIMÕES, Gonçalo A. Gomes (2000). *A Avaliação do Desempenho Docente: Contributos para uma análise critica*. Texto Editora. Lisboa.
- STONER, James; FREEMAN, R. Edward (1995). *Administração*. 5ª Edição. Prentice-Hall. Rio de Janeiro.

LEGISLAÇÃO

- Decreto-lei nº414/71 de 27 de Setembro – Estabelece o Regime de Progressão na Carreira de Enfermagem.
- Decreto-lei nº305/81 de 12 de Novembro – Carreira de Enfermagem.
- Portaria 189-A/84 de 30 de Março – Regulamento da Classificação de Serviço na Carreira de Enfermagem.
- Decreto-lei nº134/87 de 17 de Março – Reestrutura a Carreira de Enfermagem.
- Decreto-lei n.º 437/91 de 8 de Novembro – Carreira de Enfermagem.
- Despacho n.º 2/93, de 30 de Março – Regulamento da Avaliação de Desempenho da Carreira de Enfermagem.



Decreto-lei nº161/96 de 04 de Setembro – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

Decreto-lei n.º 412/98 de 30 de Dezembro – Alterações à Carreira de Enfermagem.

Lei 10/2004 de 22 de Março – Sistema Integrado da Avaliação do Desempenho da Administração Pública.

ANEXOS

ANEXO 1 – Questionário

Estimado(a) Colega.

Sou, **Custódio Oliveira**, Enfermeiro do Centro de Saúde de Oliveira do Bairro, pertencente à Sub-região de Saúde de Aveiro.

No âmbito do Curso de Mestrado em Gestão Pública que me encontro a frequentar na Universidade de Aveiro, propus-me estudar a percepção dos enfermeiros em termos de **contributos que lhe são fornecidos pela Avaliação do Desempenho**, no decurso da sua actividade profissional.

Assim, para que tal seja possível, torna-se de fundamental importância a sua colaboração, uma vez que é um dos actores privilegiado nesse processo, logo aquele que melhor pode opinar acerca do mesmo. Solicitar-lhe-ia então, que lesse com atenção as instruções e preenchesse o questionário apresentado, procurando não deixar respostas em branco.

Não há respostas certas nem erradas, apenas a sua opinião é importante. O preenchimento é voluntário e é garantido anonimato absoluto, sendo as suas respostas apenas utilizadas neste estudo, para os fins expostos.

Reconhecidamente agradeço a sua colaboração.

QUESTIONÁRIO

É importante que:

- Leia atentamente as afirmações/questões que lhe colocamos.
- Não deixe nenhum item por responder.
- Coloque uma X no quadro correspondente à sua decisão.
- Mantenha o anonimato.

I Parte

Reporte-se agora às várias fases do processo de avaliação do desempenho dos enfermeiros e de que forma **se reflecte em si** cada afirmação.

Na **coluna 1** deverá responder se **SIM** ou **NÃO** a afirmação em causa é praticada na sua avaliação. Se na 1ª coluna respondeu **NÃO**, passe à afirmação seguinte. Se respondeu **SIM** deverá responder às colunas 2 e 3. A **coluna 2** respeita aos contributos para o seu desenvolvimento pessoal e profissional e a **coluna 3** refere-se à forma como se reflecte na melhoria dos cuidados prestados.

	1		2					3				
	Praticado na sua avaliação		Desenvolvimento Pessoal e profissional					Melhoria dos cuidados prestados				
	Sim	Não	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1 – A entrevista de orientação inicial												
a) Permitiu integrar-me na filosofia, da instituição/serviço.			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
b) Permitiu integrar-me nos objectivos da instituição/serviço.			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
c) Permitiu integrar-me nos métodos de trabalho da instituição/serviço.			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
d) Apoiou-me na interpretação das normas de actuação e critérios de avaliação estabelecidas.			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
e) Ajudou-me na clarificação de papéis e nas acções a desenvolver no processo de orientação por cada um dos intervenientes.			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
f) Motivou-me para a elaboração do meu projecto profissional e plano de acção anual.			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Cont. →

	1		2					3				
	Praticado na sua avaliação		Desenvolvimento Pessoal e profissional					Melhoria dos cuidados prestados				
	Sim	Não	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
2 – A entrevista de orientação periódica												
a) Ajudou-me a escolher estratégias para otimizar as minhas capacidades.			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
b) Promoveu o desenvolvimento da minha capacidade de auto-avaliação.			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
c) Promoveu a minha autonomia no desempenho profissional e participação no trabalho de equipa.			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
d) Facilitou o desenvolvimento do meu projecto profissional, de acordo com os objectivos, projectos e funcionamento da instituição/serviço.			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3 – A entrevista de orientação periódica teve em conta:												
a) As actividades que realizei, conforme o conteúdo funcional da minha categoria.			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
b) As normas de actuação profissional e os critérios de avaliação do desempenho que me foram apresentados.			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
c) Os objectivos preconizados para o período considerado.			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4- Nas entrevistas de orientação periódica, na interacção com o meu avaliador:												
a) Analisamos, comparamos e discutimos o meu desempenho profissional ao longo do período em referência.			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
b) Analisamos o meu projecto profissional e o meu plano de acção para o período em apreço.			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
c) Elaboramos em conjunto um plano de acção para o período seguinte.			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
d) Registamos o resumo da entrevista realizada no impresso reservado para o efeito.			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5 – O relatório Critico de actividades descreve:												
a) As actividades inerentes à minha categoria, realizadas com maior frequência.			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
b) As actividades inerentes à minha categoria que configuram especial dificuldade e complexidade.			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
c) As actividades que mais contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

			1					2					3 Cont. →				
			Praticado na sua avaliação		Desenvolvimento Pessoal e profissional					Melhoria dos cuidados prestados							
					Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente			
(Continuação de 5)	Sim	Não															
d) As minhas actividades que explicam a minha relação profissional com utentes, família e comunidade.			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
e) A minha relação com os restantes elementos da equipa intra e inter profissional.			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
f) A minha participação em projectos e actividades desenvolvidas no âmbito da prestação de cuidados.			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
g) Os contributos inovadores que proporciono à enfermagem e ao desenvolvimento da prestação de cuidados.			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
h) Os estudos que realizei e trabalhos publicados em revistas creditadas.			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
i) A assiduidade e pontualidade.			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
j) As sanções disciplinares, louvores e distinções.			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
l) As acções de formação levadas a cabo como participante e como prelector e sua repercussão no meu exercício profissional.			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
m) Necessidades de formação identificadas no decorrer do meu desempenho profissional.			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
n) Os factores que influenciaram o meu rendimento profissional.			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
o) As expectativas futuras relativamente ao desempenho das minhas funções.			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
6 – A atribuição da menção qualitativa (avaliação)																	
a) Configura o resultado da avaliação contínua das minhas actividades.			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
b) Centrou-se no conteúdo funcional da minha categoria.			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
c) É referente às normas de actuação e aos critérios de avaliação do desempenho estabelecidos para o período de referência.			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
d) Fundamenta-se nos registos periódicos de observação do desempenho.			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					

Cont. →

II Parte

7 – Sexo

Masculino☐

Feminino☐

8 - Idade: ____ anos

9 – Habilitações académicas (apenas a de maior grau académico)

Bacharelato☐

Licenciatura☐

Outras☐

Quais ? _____

10 – Categoria

Enfermeiro☐

Enf.º Graduado.....☐

Enf.º Especialista.....☐

11 – Tempo de exercício profissional: ____ anos

12 – Organização em que trabalha

Hospital☐

Centro de Saúde☐

13 – Frequentou acções de formação sobre avaliação do desempenho vigente?

Sim.....☐

Não.....☐

Se respondeu **Sim** quantas? _____

14 – Quantas vezes teve oportunidade de ser avaliado pelo actual modelo? _____ vezes.

15 – Participou ou deu a sua opinião para a definição de normas e critérios para a sua unidade ou serviço?

Sim.....☐

Não.....☐

16 – No seu entender os objectivos da avaliação do desempenho deveriam contribuir para:

Reconhecer o desempenho individual.....☐

Determinar objectivos para a formação profissional...☐

Decidir sobre remunerações ou prémios.....☐

Dar “feedback” da performance do colaborador.....☐


Identificar necessidades de formação.☐

Incentivar o trabalho em equipa.....☐

Identificar deficiências de desempenho.....☐

Outras: _____

Pode assinalar várias respostas

Cont. 

17 – Deixe algum comentário que considere oportuno ou alguma(s) sugestão(ões) que considere poderem vir a melhorar o processo de Avaliação do Desempenho Profissional dos Enfermeiros.

Muito obrigado pela sua colaboração.

Custódio Oliveira

ANEXO 2 – Número de enfermeiros pertencentes a cada instituição



HOSPITAL DE NOSSA SENHORA DA AJUDA-ESPINHO

MINISTÉRIO DA SAÚDE



Exmo. Senhor
Enf. Custódio Manuel Melo de Oliveira
Painçal, Rua Principal
3450-058 Mortágua

Sua referência

Sua comunicação

Nossa referência

Data

CA

003572-29.05.1008

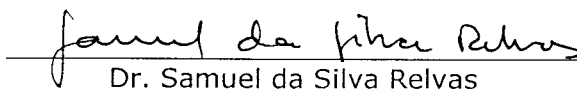
**Assunto: Contributos da avaliação do desempenho para o desenvolvimento
Pessoal e profissional dos Enfermeiros**

Em resposta ao pedido de V. Exa. junto enviamos os dados solicitados referente ao assunto em epígrafe.

Enfermeiros Especialistas	4
Enfermeiros Graduados	43
Enfermeiros	7
Enfermeiros – Contrato de Trabalho a Termo Certo	1

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho de Administração


Dr. Samuel da Silva Relvas

Hospital de São Miguel
Largo Riso Terra
3720-275 OLIVEIRA DE AZEMÉIS
Tel. 256600800 Fax 256600809

Exmo Senhor
Enf Custódio Manuel Melo de Oliveira

Painçal, Rua Principal

3450-058 MORTÁGUA

N/ Referência

V/ Referência

Of. Nº 999/05
Data: 11-10-2005

Assunto:

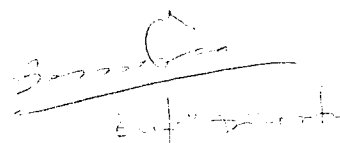
Relativamente à sua solicitação informo que o número de enfermeiros em processo de avaliação do desempenho é de:

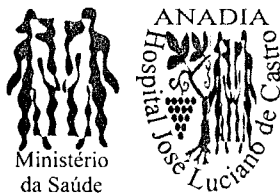
Enfermeiros - 15

Enfermeiros Graduados - 47

Enfermeiros Especialistas - 11

Com os melhores cumprimentos,





Ex.^{mo(a)}. Sr.^(a)

Custódio Manuel Melo Oliveira
Painçal
Rua principal
3450-058 Mortágua

ASSUNTO: Enfermeiros submetidos ao processo de avaliação de desempenho.

Conforme solicitado, junto refiro o numero de enfermeiros submetidos a avaliação.

Enfermeiros - 6

Enfermeiros Graduados – 36

Enfermeiros Especialistas – 8

O Enfermeiro Director

Pedro Manuel dos Santos Nogueira

Anadia, 27 de Setembro de 2005



Ministério da Saúde
HOSPITAL DO VISCONDE DE SALREU
ESTARREJA

Exmo Sr.
Enfº Custódio Manuel Melo de Oliveira
Paínçal, Rua principal
3450 – 058 MORTÁGUA

Sua referência

N/ referência

Apartado 46

3860 Estarreja

Telef. 234810000

Fax: 234841076

Of. 2555

DATA 19 07 2005

ASSUNTO: INFORMAÇÃO FACULTADA PELO HVS PARA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Conforme solicitado, venho por este meio facultar a informação de que necessita, para efeitos da dissertação do Curso de Mestrado em Gestão Pública, na Universidade de Aveiro, sobre o tema "contributos da avaliação do desempenho para o desenvolvimento pessoal e profissional dos Enfermeiros", tendo como único e exclusivo objectivo a determinação da população e amostra do estudo, sendo garantido o anonimato absoluto e confidencialidade dos dados fornecidos.

O número actual de enfermeiros em exercício, e em processo de avaliação, na presente data, no HVS, é o seguinte:

Enfermeiros Chefes: 2

Enfermeiros Especialistas: 1

Enfermeiros Graduados: 18

Enfermeiros: 11

Com os meus melhores cumprimentos,

A Enfermeira Directora,

(Maria Aldina Tavares Figueiredo Líbano)



SUB - REGIÃO DE SAÚDE DE AVEIRO

Exmº Senhor
Custódio Manuel Melo de Oliveira
Rua Principal
3450 - 058 PAINÇAL - MORTÁGUA

Sua referência

V/ carta

Sua comunicação

S/data

Nossa referência

SCE'

Aveiro

ASSUNTO: **Avaliação do Desempenho - Enfermagem**

021376

2005-07-26

Relativamente à carta recebida nesta Sub-Região sobre o assunto em epígrafe, informamos V. Exª que o número de enfermeiros desta Sub-Região enquadrados no processo de Avaliação do Desempenho, referido no artigo 2º do Despacho 2/93 de 30-03-1993 é de 375.

Com os melhores cumprimentos.

Pe'l' O DIRECTOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Henrique José de Almeida

HC/PG



Exmo(a) Senhor(a)

Custodio Manuel Melo de Oliveira
Painçal, Rua Principal

3450-058 MORTÁGUA

V/Ref.^a

N/Ref.^a

Data

646/SRH

22/7/2005

Assunto:

Pedido de dados

Em resposta ao solicitado na sua carta recebida a 18 do
corrente, informa-se que o Hospital Distrital de Águeda tem:

19 Enfermeiros

57 Enfermeiros Graduados

10 Enfermeiros Especialistas

5 Enfermeiros Chefes

Com os melhores cumprimentos

O VOGAL EXECUTIVO


(Ana Isabel Torrão Estima Breda Marques)



Ministério da Saúde

HOSPITAL DISTRITAL DE S. JOÃO DA MADEIRA

Rua da Misericórdia, 3700-190 S. João da Madeira

Tele. 256 837500 Fax. 256 837519

hdsjmadeira@hdsjmadeira.min-saude.pt

Ex.moº Senhor
Enf. Custódio Manuel Melo de Oliveira
Painçal – Rua Principal
3450 – 058 - MORTAGUA

S/Ref :

S/Comunicação

N/Ref

Data

Assunto: Avaliação de desempenho – informação solicitada

002585 JUL 25 '05

Em resposta ao seu pedido de informação recebido a 15/07/2005, informo que nesta instituição estão em processo de avaliação de desempenho profissional os seguintes Enfermeiros:

- Enfermeiro Chefe – 6
- Enfermeiro Especialista – 8
- Enfermeiro Graduado – 22
- Enfermeiro – 66.

Com os melhores cumprimentos

O Enfermeiro Director

(Enf. Elisio Pires da Rosa)

ER/AC



Ministério da Saúde
Administração Regional de Saúde do Centro
H.F.Z. - Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar



Exmo. Senhor:
Custódio Manuel Melo de Oliveira
Painçal, Rua Principal
3450-058 Mortágua

4.000.00 000.00

ASSUNTO: N.º de Enfermeiros em Processo de Avaliação de Desempenho

De acordo com o solicitado, informamos que a situação deste Hospital é a seguinte:

N.º de enfermeiros	N.º de enfermeiros graduados	N.º de enfermeiros especialistas
10	47	10

Com os melhores cumprimentos.

A Enfermeira Directora

(Maria Helena Ferraz Nunes Dias Padrão)

ANEXO 3 – Pedidos de autorização para aplicação do instrumento de recolha de dados



SUB - REGIÃO DE SAÚDE DE AVEIRO

Exmº Senhor

Enfº Custódio Manuel Melo de Oliveira

Rua Principal

Painçal

3450 - 058 MORTÁGUA

Sua referência

Sua comunicação

Nossa referência

015688

2005-05-31

SCE

ASSUNTO: **Aplicação de Questionário - Estudo/análise da percepção dos Enfermeiros em termos de "Contributos que lhes são fornecidos pela Avaliação do Desempenho", no decurso da sua actividade profissional.**

De acordo com o solicitado por V. Exª a esta Sub-Região de Saúde, informamos que a aplicação do questionário sobre o assunto em epígrafe, nos Centros de Saúde de Albergaria-a-Velha, Anadia, Aveiro, Espinho, Ílhavo, Oliveira de Azeméis, Sever do Vouga e Vale de Cambra, foi autorizada.

As Sr^{as} Enf^{as} Chefes dos respectivos Centros de Saúde estão informadas deste pedido, podendo prestar as orientações julgadas necessárias, no sentido de se atingirem os objectivos preconizados.

Com os melhores cumprimentos.

Pe' O DIRECTOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Helena José de Almeida

HC/PG



Ministério da Saúde

HOSPITAL DISTRITAL DE S. JOÃO DA MADEIRA

Rua da Misericórdia, 3700-190 S. João da Madeira

Tele. 256 837500 Fax. 256 837519

✉ hdsjmadeira@hdsjmadeira.min-saude.pt

Ex.mº Senhor

Custódio Manuel Melo de Oliveira

Painçal – Rua Principal

3450 – 058 – Mortagua

S/Ref :

S/Comunicação

N/Ref

Data

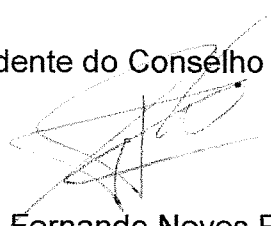
Assunto: Pedido de autorização

2017 4 24 10:5

Perante a solicitação de autorização apresentada por V. Exª para aplicação de um questionário (que anexou) aos enfermeiros deste Hospital, ouvida a Direcção de Enfermagem, cumpre-nos comunicar que nada temos a opor à sua aplicação, conforme solicitado.

Com os melhores cumprimentos

O Presidente do Conselho de Administração


(Dr. Fernando Neves Portal e Silva)

FP/AP

Custódio Manuel Melo de Oliveira
Painçal, rua principal
3450-058 Mortágua
Tel: 919120366



Ex.^{mo} Senhor Presidente do Conselho de Administração
do Hospital José Luciano de Castro (Anadia).

Custódio Manuel Melo de Oliveira, Enfermeiro no Centro de Saúde de Oliveira do Bairro, a frequentar o Curso de Mestrado em Gestão Pública, na Universidade de Aveiro, vem requerer a V.^a Ex.^a autorização para aplicação de um questionário (em anexo) aos Enfermeiros, Enf. Graduados e Enf. Especialistas em processo de avaliação do desempenho na instituição que superiormente dirige.

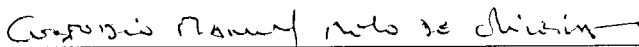
Elaboramos o questionário sob orientação da Prof.^a Manuela Frederico e Prof. Doutor José Manuel Moreira, no âmbito da dissertação do referido curso. O estudo a desenvolver visa analisar a percepção dos enfermeiros em termos de “*contributos que lhe são fornecidos pela avaliação do desempenho*”, no decurso da sua actividade profissional.

É de salientar que o preenchimento do referido questionário é voluntário e será garantido o anonimato absoluto e a total confidencialidade dos dados, pelo que os questionários são fornecidos em envelope que após preenchimento pode ser fechado.

Após conclusão do estudo em apreço e caso considere de interesse para os Vossos Serviços será facultado um exemplar do relatório final.

Crete que ao assunto dará a melhor atenção, aguardamos uma resposta de V.^a Ex.^a.

Subscrevemo-nos com consideração.



(Custódio Manuel Melo de Oliveira)



Ministério da Saúde
HOSPITAL DO VISCONDE DE SALREU
ESTARREJA

Exmo. Senhor:
Custódio Manuel Melo de Oliveira
Painçal, Rua Principal
3450-058 Mortágua

Sua referência	Sua comunicação de:	N/ referência	Apartado 46
006505			3860 Estarreja
			Telef. 234810000
			Fax: 234841076
	24 01 2005	Of 1735	
		DATA 13 05 2005	

ASSUNTO: Aplicação de Questionário

Vimos por este meio informar V. Ex^a. que foi autorizada a realização do estudo supra citado.

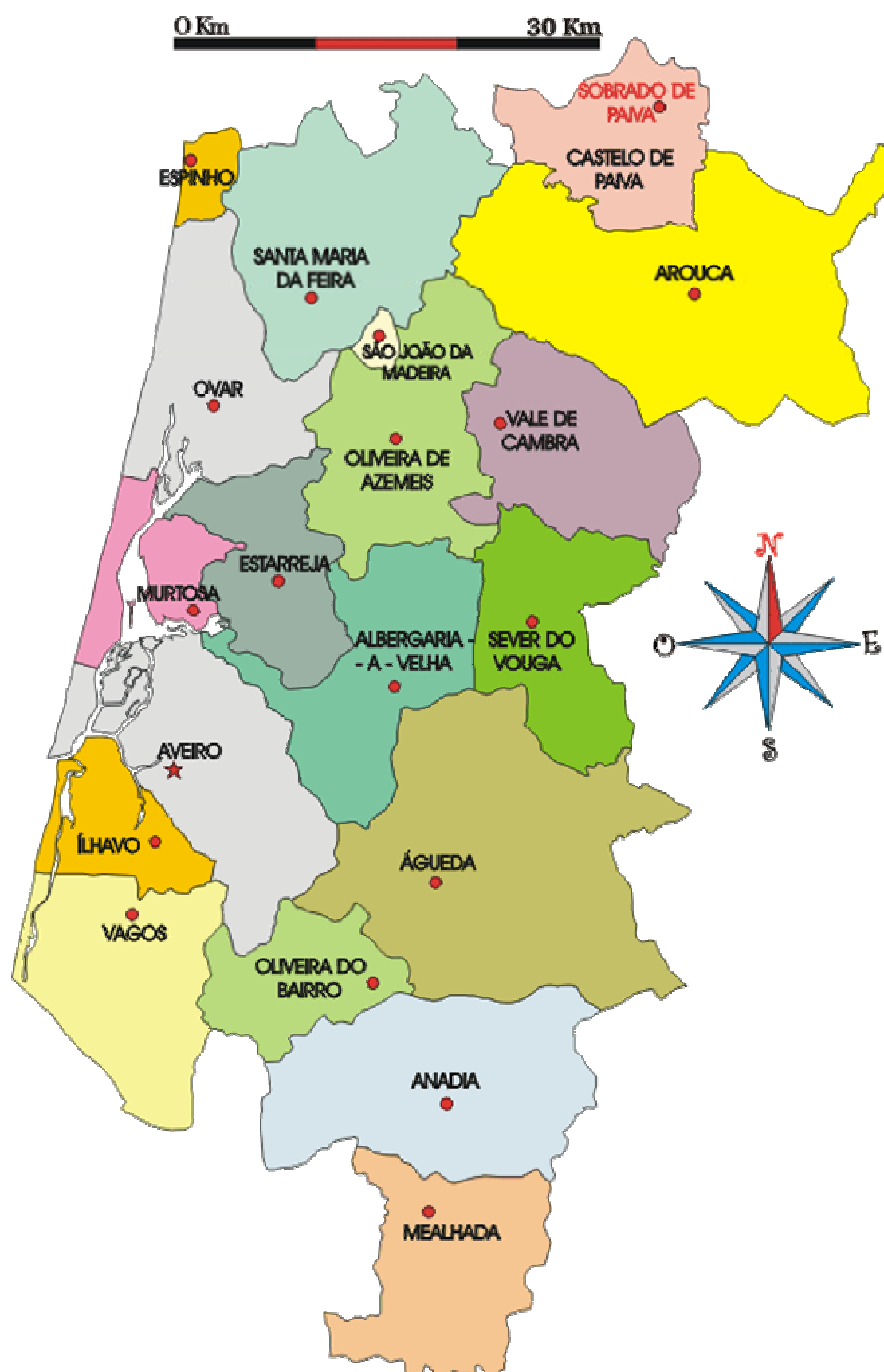
Com os melhores cumprimentos.

A Presidente do Conselho de Administração


(Dr^a. Ana Paula Martins)

ANEXO 4 – Mapa do distrito de Aveiro

Mapa administrativo do Distrito



ANEXO 5 – Distribuição dos valores médios da amostra, segundo as dimensões (e por asserção) da variável dependente, relativamente “*desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro*”.

Distribuição dos valores médios da amostra segundo as dimensões (e por asserção) da variável dependente, relativamente “*desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro*”: Média (\bar{x}) e desvio-padrão (sd).

Dimensões da variável independente	Asserções	Não praticada na sua avaliação		Desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro			
		n	%	n	%	\bar{x}	sd
Entrevista de orientação inicial	a)	50	25.9	143	74.1	3.97	0.72
	b)	46	23.8	147	76.2	3.96	0.74
	c)	48	24.9	145	75.1	4.02	0.78
	d)	51	26.4	142	73.6	3.98	0.79
	e)	68	35.2	125	64.8	3.85	0.79
	f)	58	30.1	135	69.9	3.98	0.81
Percepção global		29	15.0	164	85.0	3.91	0.63
Entrevista de orientação periódica	a)	58	30.1	135	69.9	4.06	0.71
	b)	53	27.5	140	72.5	4.16	0.76
	c)	65	33.7	128	66.3	4.09	0.68
	d)	63	32.6	130	67.4	4.00	0.78
Percepção global		40	20.7	153	79.3	4.06	0.60
Conteúdo da entrevista de orientação periódica	a)	44	22.8	149	77.2	4.18	0.62
	b)	54	28.0	139	72.0	4.18	0.65
	c)	61	31.6	132	68.4	4.04	0.71
Percepção global		42	21.8	151	78.2	4.12	0.57
Interacções na entrevista de orientação periódica	a)	61	31.6	132	68.4	4.26	0.67
	b)	45	23.3	148	76.7	4.23	0.67
	c)	81	42.0	112	58.0	3.95	0.87
	d)	58	30.1	135	69.9	4.13	0.75
Percepção global		40	20.7	153	79.3	4.15	0.62
Relatório crítico de actividades	a)	15	7.8	178	92.2	4.19	0.76
	b)	22	11.4	171	88.6	4.23	0.74
	c)	20	10.4	173	89.6	4.34	0.73
	d)	23	11.9	170	88.1	4.26	0.70
	e)	19	9.8	174	90.2	4.26	0.68
	f)	15	7.8	178	92.2	4.24	0.74
	g)	39	20.2	154	79.8	4.13	0.78
	h)	67	34.7	126	65.3	4.11	0.80
	i)	35	18.1	158	81.9	4.32	0.82
	j)	87	45.1	106	54.9	3.84	1.05
	l)	7	3.6	186	96.4	4.33	0.73
	m)	10	5.2	183	94.8	4.25	0.74
	n)	17	8.8	176	91.2	4.33	0.74
	o)	12	6.2	181	93.8	4.33	0.73
Percepção global		0	0.00	193	100	4.23	0.56
Atribuição da Menção qualitativa	a)	28	14.5	165	85.5	3.97	0.95
	b)	58	30.1	135	69.9	3.96	0.99
	c)	39	20.2	154	79.8	4.09	0.83
	d)	42	21.8	151	78.2	3.89	0.80
Percepção global		11	5.7	182	94.3	3.93	0.81

ANEXO 6 – Distribuição dos valores médios da amostra segundo as dimensões (e por asserção) da variável dependente, relativamente à “*melhoria dos cuidados prestados*”.

Distribuição dos valores médios da amostra segundo as dimensões (e por asserção) da variável dependente, relativamente à “*melhoria dos cuidados prestados*”: Média (\bar{x}) e desvio-padrão (sd).

Dimensões da variável dependente	Asserções	Não praticada na sua avaliação		Melhoria dos cuidados prestados			
		n	%	n	%	\bar{x}	sd
Entrevista de orientação inicial	a)	68	35.2	125	64.8	3.83	0.76
	b)	46	23.8	147	76.2	3.99	0.69
	c)	48	24.9	145	75.1	3.94	0.67
	d)	51	26.4	142	73.6	3.94	0.71
	e)	50	25.9	143	74.1	3.80	0.78
	f)	58	30.1	135	69.9	3.95	0.75
Percepção global		29	15.0	164	85.0	3.87	0.60
Entrevista de orientação periódica	a)	58	30.1	135	69.9	4.01	0.70
	b)	53	27.5	140	72.5	3.99	0.76
	c)	65	33.7	128	66.3	4.05	0.71
	d)	63	32.6	130	67.4	3.98	0.78
Percepção global		40	20.7	153	79.3	3.99	0.64
Conteúdo da entrevista de orientação periódica	a)	44	22.8	149	77.2	4.10	0.70
	b)	54	28.0	139	72.0	4.09	0.65
	c)	61	31.6	132	68.4	4.08	0.69
Percepção global		42	21.8	151	78.2	4.07	0.61
Interacções na entrevista de orientação periódica	a)	45	23.3	148	76.7	4.17	0.73
	b)	81	42.0	112	58.0	3.96	0.78
	c)	61	31.6	132	68.4	4.13	0.71
	d)	58	30.1	135	69.9	4.02	0.81
Percepção global		40	20.7	153	79.3	4.09	0.65
Relatório critico de actividades	a)	15	7.8	178	92.2	4.03	0.90
	b)	22	11.4	171	88.6	4.18	0.81
	c)	7	3.6	186	96.4	4.32	0.78
	d)	23	11.9	170	88.1	4.25	0.78
	e)	19	9.8	174	90.2	4.17	0.78
	f)	15	7.8	178	92.2	4.19	0.78
	g)	39	20.2	154	79.8	4.11	0.83
	h)	67	34.7	126	65.3	3.98	0.86
	i)	35	18.1	158	81.9	4.24	0.91
	j)	87	45.1	106	54.9	3.76	1.03
	l)	20	10.4	173	89.6	4.22	0.83
	m)	10	5.2	183	94.8	4.16	0.80
	n)	17	8.8	176	91.2	4.22	0.80
	o)	12	6.2	181	93.8	4.23	0.79
Percepção global		0	0.0	193	100	4.17	0.64
Atribuição da Menção qualitativa	a)	39	20.2	154	79.8	3.90	1.00
	b)	42	29.5	136	70.5	3.85	0.91
	c)	28	14.5	165	85.5	3.96	0.91
	d)	57	21.8	151	78.2	3.81	0.97
Percepção global		11	5.7	182	94.3	3.83	0.91

ANEXO 7 – Modelo de “*relatório crítico de actividades*” aplicado na avaliação do desempenho dos enfermeiros

MINISTÉRIO DA SAÚDE
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO
SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE AVEIRO

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO ENFERMEIRO

RELATÓRIO CRÍTICO DE ACTIVIDADES

NOME :

CATEGORIA :

CENTRO DE SAÚDE :

UNIDADE DE SAÚDE _____

PERÍODO A QUE SE REPORTA A AVALIAÇÃO

____/____/19__ a ____/____/19__.

MENÇÃO QUALITATIVA

ENFERMEIROS AVALIADORES

ENFERMEIRO AVALIADO

1º AVALIADOR ____/____/19__

Ass. _____

____/____/19__

2º AVALIADOR ____/____/19__

Ass. _____

Ass. _____

DESPACHO DE HOMOLOGAÇÃO

ENFERMEIRO AVALIADO

____/____/19__

Ass. _____

____/____/19__

Ass. _____

This image shows a full page of blank, lined paper. It features approximately 20 evenly spaced horizontal black lines across its entire width, typical of notebook or legal stationery. The background is a solid off-white color, and there are no margins, text, or other markings present.

____/____/19

I - ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS.

1 - Descrição sucinta e justificativa das actividades desenvolvidas, no período a que se reporta a avaliação.

2 - Descrição sucinta e justificativa dos contributos dados ao nível de:
cargos relevantes; participação em projectos; estudos realizados; trabalhos apresentados e/ou publicados; etc...

II - DESCRIÇÃO JUSTIFICADA DA FORMAÇÃO REALIZADA, COMO FORMANDO E/OU FORMADOR.

III - FACTORES QUE INFLUÊNCIARAM, POSITIVA OU NEGATIVAMENTE, O RENDIMENTO PROFISSIONAL.

IV - PERSPECTIVAS FUTURAS DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL E PESSOAL.